

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 février 1889, à 1 heure

Par HIPPOLYTE ROUBY

Né à Lapeau de Soursac (Corrèze), le 29 mai 1860

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HYSTÉRIE TOXIQUE

DE L'APOPLEXIE HYSTÉRIQUE DANS LA SYPHILIS

Président : M. CHARCOT, professeur.

*Juges : MM. { RENDU, professeur.
DÉJÉRINE, CHAUFFARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale	{ LANNELONGUE.
	{ CORNIL.
Anatomie pathologique	MATHIAS DUVAL.
Histologie	DUPLAY.
Opérations et appareils.	REGNAULD.
Pharmacologie.	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.	PROUST.
Hygiène.	BROUARDEL.
Médecine légale	
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	{ RICHEL.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON EXCELLENT ET BIEN AIMÉ PÈRE

A MA TRES CHÈRE MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARCOT

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de la Salpêtrière
Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine
Président honoraire de la Société anatomique
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉRIE TOXIQUE

De l'apoplexie hystérique dans la syphilis

PRÉFACE

Nous avons eu la bonne fortune d'observer dans le service de deux maîtres estimés, les Docteurs Rigal, à Necker, Gaucher, à la Charité, quatre faits d'apoplexie survenant chez des sujets syphilitiques. Le mode de début des accidents, leur évolution, l'heureuse influence exercée sur eux par les agents esthésiogènes ont nettement démontré que ce n'était point à la syphilis existante, mais bien à une hystérie latente ou subitement provoquée qu'il fallait en rattacher l'origine. Ainsi interprétés, ces cas nous ont paru pouvoir être rapprochés de ceux sur l'étude desquels a été basée, il y a deux ans, la doctrine nouvelle de l'*hystérie toxique*; nous avons pensé qu'il serait intéressant de déterminer à quels caractères on peut reconnaître la névrose lorsqu'elle emprunte à la maladie infectieuse qui la provoque, ou qui la crée sa symptoma-

tologie habituelle ; de rechercher dans quelle mesure et pour quelles raisons la nature de l'intoxication hystérogène influe sur la forme primitive des manifestations de l'hystérie.

Nous ne prétendons certes pas à la nouveauté du sujet ; on sait depuis longtemps, depuis les travaux du professeur Fournier surtout, que l'hystérie peut être réveillée, voir même engendrée par la vérole, on sait depuis Debove et Achard, que l'apoplexie est une de ses manières de s'annoncer.

Il faut toutefois bien convenir que c'est à l'étude de ses relations avec les intoxications proprement dites, celles du plomb, du mercure ou de l'alcool, qu'ont été consacrés la plupart des travaux modernes, et qu'on s'est beaucoup moins préoccupé de savoir quelle place pouvait revenir dans son étiologie aux maladies infectieuses qui sont aussi des intoxications.

Les observations que nous rapportons dans les pages suivantes, grossissant les statistiques, contribueront, c'est notre espérance, à combler cette lacune. Que les maîtres, à la pratique hospitalière desquels, nous les avons empruntées veuillent bien agréer nos remerciements. Nous les adressons aussi à M. le professeur Charcot, qui nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse un honneur dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

PREMIÈRE PARTIE

L'hystérie toxique.

CHAPITRE I

INTOXICATION ET HYSTÉRIE

C'est Debove qui a le premier accolé à une dénomination ancienne et fausse, *hystérie*, une épithète nouvelle et vraie, *toxique*. Dénomination fausse, car on ne place plus, aujourd'hui, dans l'utérus, comme autrefois Frédéric Hoffmann et plus près de nous Louyet-Villermay, Joseph Franck, Dubois d'Amiens, Foville et tant d'autres, le siège anatomique de la névrose. Les travaux de Charcot (1) et de ses élèves sur l'hystérie masculine n'ont-ils pas porté le dernier coup à la théorie du point de départ utérin? Epithète vraie, car il existe réellement une hystérie toxique, infectieuse si l'on veut, consécutive aux intoxications, aux maladies virulentes, créée par elles de toutes pièces, peut-être, tout au moins stimulée chez des sujets prédisposés par leurs antécédents héréditaires ou personnels. C'était là une conception étiologique originale depuis

1. *Progrès médical*, 1886.

longtemps pressentie, et formulée par le professeur Charcot dans une leçon récente ; elle découlait des faits eux-mêmes, non pas mieux observés, mais mieux interprétés, de comparaisons plus judicieuses, et il est curieux de suivre cette évolution lente qui a abouti à la démonstration de l'identité absolue des troubles nerveux constatés dans certaines intoxications avec les symptômes primordiaux de l'hystérie.

Comme nous l'avons déjà dit, c'est surtout les accidents nerveux des intoxications professionnelles, qui exercèrent d'abord la sagacité des observateurs :

Pour le plomb, Paul d'Égine, au dire d'Hischmann, avait le premier signalé la coïncidence fréquente de l'anesthésie et de la paralysie saturnine ; déjà, en 1765, Strack, de Mayence, avait reconnu chez un malade ; empoisonné par du vin sophistiqué, une hémianesthésie totale. « Il ne lui restait, dit-il, ni mouvement, ni sentiment dans ses parties ; on aurait pu les couper sans qu'il les eut senties ». Il est remarquable de constater que cette généralisation fréquente de l'insensibilité échappa à la plupart des auteurs qui suivirent ; Andral « *Clinique médicale*, Tome II » ne parle que des anesthésies disséminées ; Beau « *Archives générales de médecine*, 1848 » les considère comme de simples analgésies ; Tanquerel des Planches « *Traité des maladies du plomb*, Paris, 1839 », étudie dans les anesthésies saturnines quelques troubles sensoriels, entre autres l'amaurose et la surdité ; il insiste sur la soudaineté de leur début, sur la rapidité de leur marche, sur la brusquerie de leur disparition ; mais, pas plus que Beau et Andral, il ne paraît avoir observé l'hémianesthé-

sie. Duchenne de Boulogne n'eut en vue que les paralysies motrices du saturnisme. Dans un travail plus récent Manouvrier « *Archives de Physiologie 1870 et Thèse de doctorat 1873* » affirme la précocité de l'anesthésie saturnine ; mais, pour lui encore, elle est partielle, et si parfois elle se généralise, ce n'est là, dit-il, qu'une apparence d'hémi-anesthésie, qui n'est pas comparable à celle des hystériques.

Nous touchons à la période moderne : les travaux contemporains établissent un ordre réel et une régularité presque parfaite dans des manifestations qui avaient paru jusque-là échapper à toute réglementation ; le cadre de l'hystérie est plus accusé ; l'anatomie pathologique du système nerveux mieux étudiée permet de superposer certains troubles fonctionnels à des lésions nettement localisées (1) ; enfin l'introduction du magnétisme dans la thérapeutique des maladies nerveuses va encore donner matière à des rapprochements inattendus.

En 1874, Raymond (Mémoire présenté au concours pour la médaille d'or des hôpitaux), à propos de deux saturnins hémiplégiques chez lesquels la perte de la sensibilité était survenue en même temps et du même côté que la perte du mouvement, fait remarquer que l'hémianesthésie de ses malades ressemble beaucoup à celle des hystériques ; mais il se garde bien de les confondre, et les thèses

1. Voir Raymond : *Étude sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques* (thèse Paris, 1876).

Voir aussi : Veysière : *Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale* (thèse de Paris, 1874 et *Archives de physiologie*, 1874).

de Decours (1875), de Heugas (1877), d'Ananief (1878), d'Aigre (1879) et d'Hamant (1879), les mémoires de Vigoureux (*Gazette des hôpitaux*, 1878 page 146) de Hanot et Mathieu (*Arch. génér. de méd.* 1878), de Landolt et Oulmont (*Progrès médical*, 1877) achèvent d'isoler l'hémianesthésie saturnine.

La similitude cependant ne résidait pas seulement dans les symptômes ; l'anatomie pathologique concourait elle aussi à accentuer le rapprochement. On savait que les hémianesthésies organiques sont liées à une lésion siégeant au tiers postérieur de la capsule interne, dans le point appelé carrefour sensitif, et lorsque, dans les cas d'hémianesthésie hystérique, on avait été à la recherche du foyer morbide, les autopsies étaient restées obstinément négatives. Or, négatives aussi furent les autopsies lorsque, dans certains faits d'hémianesthésie plombique, on essaya de retrouver l'altération matérielle du cerveau qui tient l'hémianesthésie sous sa dépendance (1). A l'autopsie d'un cérusier hémianesthésique, Brochin (*Gazette des hôp.*, 27 février 1875, page 186) ne put que constater l'intégrité de la moëlle et du cerveau ; même absence de lésion encéphalique dans le cas publié par Boussi : A l'autopsie d'un saturnin également hémiplégique et hémianesthésique, et que des accidents Brightiques avaient emporté, on ne trouva qu'une néphrite parenchymateuse double, rien au cerveau (*France médicale*, 1879 ; voir aussi thèse d'agrégation d'Achard). Enfin le titre

1. Grenier. *Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésion appréciable*, thèse d'agrégation (Paris, 1886).

même de l'observation publiée par Vulpian, dans la *Revue de médecine*, suffit à indiquer qu'il n'avait pas été plus heureux (Vulpian, *Revue de médecine* 1881, page 38. Hémianesthésie consécutive à une perte brusque de connaissance et attribuée pendant la vie à une lésion en foyer du côté opposé de l'encéphale. Examen microscopique: Aucune lésion intracraniene).

Les effets du traitement plaident encore en faveur de la nature hystérique de l'hémianesthésie saturnine. les recherches de Burcq reprises et confirmées à la Salpêtrière (Charcot : *Société de biologie*, 1877), avaient mis ce fait en lumière : que si sur la peau d'une hystérique hémianesthésique on applique une plaque de métal, la sensibilité revient en même temps que la force musculaire augmenté et que la température s'élève; mais alors, l'anesthésie se déplace et à mesure qu'elle disparaît du côté malade, elle frappe le côté sain en des points symétriques. C'est le phénomène du transfert. Entre les mains de Charcot et de Vigouroux (*Société de biologie*, 23 mars et 6 juillet 1878), de Proust et Ballet (*De l'action des aimants sur quelques troubles nerveux, spécialement sur les anesthésies, Journal de thérapeutique*, 1879, p. 801), l'emploi des aimants donna des résultats semblables. Or, il advint que les agents esthésiogènes furent tout aussi efficaces dans des cas d'hémiansthésie que l'on croyait absolument étrangère à la névrose. Debove attira sur ces faits l'attention de la société médicale des hôpitaux (24 octobre et 14 novembre 1879). C. Paul produisit lui aussi une observation de guérison par la métallothérapie d'une contracture et d'une anesthésie du membre supérieur droit

chez un saturnin (*France médicale*, 1879, n° 31). Malgré cette accumulation de preuves fournies par le tableau des symptômes, l'anatomie pathologique et les effets du traitement, on se refusait encore à identifier l'une à l'autre l'hémi anesthésie toxique et celle de l'hystérie vulgaire et l'on cherchait au contraire un signe distinctif qui permit de les différencier.

De 1879 à 1886 la question ne fit pas de progrès ; mais le 26 juin 1886, le professeur Charcot présentant à ses élèves un saturnin hémi anesthésique qui venait à la consultation de la Salpêtrière pour des convulsions épileptiformes (cité par Berbez. *L'hystérie toxique*, *Gaz. des hôpitaux*, 14 janvier 1888, p. 45) leur prouva que le malade était un hystérique et n'hésita pas à conclure que le saturnisme avait été l'agent provocateur de l'hystérie. Le 13 août de la même année dans une communication faite à la société médicale des hôpitaux, Debove dit en propres termes : « En dehors de l'hystérie on observe encore « l'hémi anesthésie (sans lésion organique) dans les intoxications saturnine, alcoolique, mercurielle... Je ne « séparerai pas ces accidents de l'hystérie, et je dirai « qu'il s'agit d'une sorte d'hystérie symptomatique, d'une « hystérie toxique ». Le 9 janvier 1887, le professeur Potain, obtenant le transfert chez un saturnin frappé d'hémi anesthésie et de paralysie des extenseurs d'un côté, bat en brèche, pour son compte, les hémi anesthésies saturnines et les considère comme fonctions de l'hystérie. Elles sont dès lors définitivement déchuës du rang de trouble fonctionnel de nature plombique pour rentrer dans le cadre si vaste de la névrose et Letulle peut écrire

(*Bulletin médical*, 1887, 7 et 10 août, pages 723 et 740)

« l'hystérie dite saturnine ne diffère en aucune façon de
« l'hystérie proprement dite non seulement quant aux
« hémiplegies motrices et sensitives et aux attaques d'a-
« poplexie névropathique, mais encore pour ce qui est
« des petits symptômes hystériques : tels, les contrac-
« tures, tels le mutisme et nombre d'autres signes que
« d'autres observations plus complètes et plus démons-
« tratives mettront ultérieurement en lumière. »

Nous nous sommes longuement étendus sur l'histoire des hémianesthésies du saturnisme, parce que c'est à elles que se rapportent le plus grand nombre de faits d'intoxication professionnelle, parce que c'est au dépens du saturnisme seul que s'agrandit tout d'abord le domaine de l'hystérie. Il était du reste facile de prévoir que les autres grandes intoxications, celle du mercure et de l'alcool, ne tarderaient pas à subir le contre-coup de la révolution qui venait de s'opérer dans la pathologie de l'intoxication plombique.

Ce qu'ils avaient fait pour cette dernière, Charcot (Leçon citée 26 juin 1886) et Debove (communication citée soc. med. des hôp. 13 août 1886) le firent pour l'hémiplegie motrice et sensitivo-sensorielle d'origine alcoolique : Il fut établi par des considérations tirées de la symptomatologie, de l'anatomie pathologique et du traitement que les observations de Dagonnet (1), de Magnan (2), de Drey-

1. Dagonnet. *L'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale Annales médico-psych.*, 5 série, tome IX, page 212.

2. Magnan. *Alcoolisme et délire alcoolique* (mémoire du concours pour le prix Civieux, 1874).

fous (1), d'Ëttinger (2) devaient être purement et simplement considérées comme des types d'hystérie alcoolique, non pas attribuées à l'intoxication par l'alcool.

Enfin, l'hydrargyrisme fut à son tour dépossédé des hémianesthésies qu'on l'avait cru jusqu'alors capable de provoquer à lui tout seul. Examinant minutieusement les quatre faits d'hémianesthésie mercurielle connus en France (ceux de Jean (3), de Hallopeau (4), de Maréchal (5), Letulle (6) y relève à la charge de l'hystérie, l'apoplexie, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, les troubles diffus des sens spéciaux, des hémicontractures, des guérisons par les plaques métalliques, des phénomènes de transfert : « Tout cela, dit-il, ne proclame-t-il pas la pure et simple névrose ? »

La doctrine de l'hystérie toxique naquit donc de l'effondrement d'un certain nombre de phénomènes nerveux qu'on était habitué depuis longtemps à considérer comme

1. Dreyfous. *Epilepsie dans l'alcoolisme* (mémoire présenté au concours de 1877 pour la médaille d'or des hôpitaux, publié dans l'*Union médicale* en 1888).

2. Ëttinger. *Études sur les paralysies alcooliques* (Th. de Paris, 1885).

3. Jean. *Intoxication mercurielle avec paralysie diffuse et anesthésie* (*France médicale*, 1877).

4. Hallopeau. *Du mercure* (thèse d'agrégation, 1878), voir aussi Destay, *Paralysie mercurielle* (thèse de Paris, 1879).

5. Maréchal. *Des troubles nerveux dans l'intoxication mercurielle lente* (thèse Paris, 1885).

6. Letulle. *Recherches cliniques et expérimentales sur les paralysies mercurielles* (*Archives de Physiologie*, 1887, p. 301 et *Bulletin de la société médicale des hôpitaux*, 1887).

l'apanage des grandes intoxications. L'éveil une fois donné l'enquête pathogénique se poursuit de toute part; à côté des intoxications chroniques et prolongées il fut prouvé qu'un empoisonnement aigu par une substance quelconque peut déterminer également quelques-unes des manifestations de la névrose. Dans une observation de Dunoyer (*Gazette médicale de Paris*, septembre 1884, n° 39) une aphasie transitoire succède à l'ingestion de deux dragées de santoline; Planat rapporte un exemple d'accidents hystérieformes consécutifs à l'absorption de 20 grammes de camphre, dans une communication récente à la société médicale des hôpitaux, Marie met en relief la nature hystérique des accidents nerveux provoqués par le sulfure de carbone (1).

Mais, si le plomb, le mercure, l'alcool, le sulfure de carbone, etc..., sont autant de poisons capables de faire de l'hystérie, on ne doit pas, ce nous semble, restreindre à l'étude de leurs effets, le domaine étiologique de l'hystérie toxique. L'organisme humain fabrique lui aussi des poisons, dans l'état normal, comme dans l'état pathologique. Que le microbe des états infectieux agisse sur les organes nerveux par simple traumatisme ou grâce au produit encore indéterminé d'une sécrétion microbienne(2), il n'en est pas moins établi que la production de l'hys-

1. Bonnet. *Des troubles nerveux dans l'intoxication par le sulfure de carbone* (Th. Paris, 1885).

2. Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*, 1887, page 13, voir aussi Brissaud. *Des paralysies toxiques* (th. agrég., 1886).

térie peut aussi être subordonnée à l'action des éléments figurés.

Cette manière de concevoir la substance toxique est d'ailleurs depuis longtemps justifiée par la clinique elle-même. Briquet, Raulin, Guéneau de Mussy, Moreau de Tours, Fischer, Axenfeld, Huchard, Murchison, Grasset ont cité des cas ou des accidents hystériques non douteux ont éclaté au cours ou au déclin de la fièvre typhoïde. L'influence hystérogène de la diphtérie n'est pas moins évidente; et la même interprétation pathogénique convient parfaitement, d'après Axenfeld et Huchard (1), au fait suivant observé par Rigal : une malade sans antécédents névropathiques apparents atteinte d'angine diphtérique est prise, trois semaines après sa guérison, d'une paralysie du voile du palais; celle-ci disparaît à son tour; mais à ce moment cette femme ressent une émotion violente; on lui annonce la mort de son enfant; et brusquement on voit se développer chez elle une série de troubles nerveux, hyperesthésie ovarique, douleur sur le trajet des nerfs intercostaux, et aux apophyses épineuses, finalement paralysie des quatre membres avec hyperesthésie cutanée.

Toutes réserves faites sur la nature infectieuse du rhumatisme, mentionnons encore les onze observations intéressantes de la thèse de Durand (1880), consacrée aux relations entre l'hystérie et le rhumatisme (Robert Whytt les avait indiquées), et les notes publiées par Souza Leite (1886), pour servir à l'étude de l'influence réciproque de

1. Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses*, 2^e édition, 1883.

l'épilepsie ou de l'hystérie avec le rhumatisme articulaire aigu (1). Le professeur Grasset (de Montpellier) a vu un soldat chez lequel, à la suite d'une blennorrhagie, il s'était développé une coxalgie hystérique, et un autre chez lequel une scarlatine fut le signal de l'explosion de l'hystérie. Enfin, derrière l'hystérie ne rencontre-t-on pas souvent la tuberculose (2) ? Bouchard a signalé les vomissements incoercibles de nature hystérique (3) survenant au cours de la phthisie, et Grasset a parfaitement mis en lumière les relations intimes qui unissent la grande névrose à la diathèse tuberculeuse (4) : « Plus on approfondit, disons-nous pour conclure avec ce dernier auteur, l'histoire clinique des maladies du système nerveux, plus on est, à mon sens, pénétré de l'importance étiologique des affections générales, des états constitutionnels, des diathèses. Ce que l'on décrit ordinairement sous le nom de maladies du cerveau, de la moelle et des nerfs, n'est formé que par des syndrômes, des actes morbides, qui manifestent une affection profonde générale ». L'histoire de l'hystérie chez les syphilitiques vient encore à l'appui de cette manière de voir.

1. Furet. Voir à ce sujet des observations dues à Letulle, Berbez, Huchard et rapportées dans la thèse de Furet : *Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides* (th. de Paris, 1888, n° 284).

2. Chairon. *Recherches cliniques sur l'hystérie-nature, lésions anatomiques, traitement*, in-8°, Paris, 1870.

3. Bouchard. *Mouvement médical*, 1873.

4. Grasset. *Montpellier médical*, 1882, et dictionnaire Dechambre. Art. : *Hystérie*, 4^e série, T. XV, p. 258. Voir aussi Largaud. *De l'influence de l'hystérie sur la phthisie pulmonaire* (th. Montpellier, 1882).

CHAPITRE II

SYPHILIS ET HYSTÉRIE

La connaissance des accidents que la syphilis peut développer sur le système nerveux n'est point nouvelle. Qu'il nous suffise de citer parmi les auteurs dont les recherches ont contribué à faire le jour sur cette difficile question Nicolas Massa, Ulrich de Hutten, Thierry de Héry, A. Paré, Boerharve, Astruc, Joseph Franck, Benjamin Bell ; mais, comme le fait remarquer Fournier, « C'est là une étude, « tout au moins, qui s'est tellement élargie et enrichie de « nos jours qu'elle appartient presque toute entière à ce « qu'on pourrait appeler la science d'hier et d'aujourd'hui (1) ». Il ne nous appartient pas de nous étendre sur les accidents nerveux qui font partie de l'évolution normale de certaines syphilis ; nous examinerons seulement qu'elle est la part de responsabilité qui lui revient dans la genèse des deux grandes névroses, l'épilepsie et l'hystérie, car de ce parallèle naîtront, pour le sujet qui nous occupe, de précieux enseignements. Sans doute, tous les syphiliographes ne sont pas d'accord sur ce point : discutant la possibilité d'accidents nerveux syphilitiques Lancereaux s'exprime d'une manière formelle à cet égard : « Quant à croire, dit-il, que la syphilis peut engendrer,

1. Fournier. *La syphilis du cerveau*, 1879, page 2.

même « passagèrement, des névroses telles que l'hystérie et l'épilepsie, nous avouerons que rien jusqu'ici ne nous y autorise (1) », mais cette opinion n'a point prévalu ; des observations probables démontrent la légimité du rôle attribué à la syphilis dans la production de ces deux névroses et justifient cette proposition catégorique du professeur Fournier « la syphilis peut provoquer « et créer « de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant « elle, qui s'étaient jamais révélées par aucun indice et « qui sans elle probablement ne se seraient jamais produites (2). »

Pour l'épilepsie, le fait semble hors de contestation, car l'on sait combien le domaine de l'épilepsie symptomatique s'est élargi depuis Lasègue (3). Il existe une épilepsie syphilitique. Elle touche à l'épilepsie essentielle par l'analogie presque absolue de ses manifestations ; elle se rapproche de la syphilis par l'identité des lésions, par la subordination complète des troubles fonctionnels à une altération matérielle de nature syphilitique, par la communauté du traitement. Analogie presque absolue des symptômes, avons-nous dit : en effet, à ne considérer les phénomènes épileptiques qu'au moment même de leur production, attaques convulsives à grand fracas du mal comitial, formes non convulsives et éminemment variées

1. Lanceraux. *Cliniques de Lourcine*, 1879, p. 2.

2. Saquet. *Chorée consécutive aux maladies infectieuses* (Th. de Paris, 1885).

3. Voir pour l'historique de l'épilepsie syphilitique l'excellente thèse de notre ami le Dr Fédou (Montpellier, 1888).

du petit mal ; à ne considérer, disons-nous, que les accidents constitutifs de la crise, l'épilepsie syphilitique reproduit avec une fidélité si frappante le tableau symptomatique de l'épilepsie vulgaire qu'il est impossible à ce moment de (1) « colliger une somme suffisante de réelles « différences pour se permettre d'instituer un diagnostic « formel, pour distinguer à coup sûr, pertinemment, l'attaque de fausse épilepsie de l'attaque d'épilepsie vraie ». C'est sur les résultats d'une enquête minutieuse et prolongée, sur les commémoratifs, l'âge avancé du sujet, l'existence significative d'une céphalée prémonitoire à retours fréquents, à caractère rebelle, l'abolition des réflexes tendineux (2), l'accentuation, après chaque attaque, de la déchéance intellectuelle et physique ; c'est surtout enfin d'après la modalité partielle et consciente (3) de certaines crises, d'après l'adjonction précoce d'autres phénomènes cérébraux qu'on pourra reconnaître cliniquement l'épilepsie de provenance spécifique, et différencier de l'épilepsie simple. Mais ce qui est surtout remarquable dans l'épilepsie syphilitique, c'est l'influence heureuse qu'a sur elle le traitement spécifique, le mercure et l'iodure de potassium. « Si l'on voulait trouver à l'épilepsie syphilitique un critérium de spécificité, écrit Fournier, il faudrait le chercher dans les résultats du traitement antisymphilitique ; c'est là et seulement là

1. Fournier. *Loc. cit.*, p. 150.

2. Barbier. *De l'épilepsie syphilitique et de son diagnostic différentiel avec l'épilepsie vulgaire* (thèse Paris, 1885).

3. Greffier. *Etude sur l'épilepsie partielle* (thèse Paris, 1882) et Bigorre (thèse de Paris, 1887).

« qu'on pourrait le rencontrer (1) ». Heureux les épileptiques qui le sont de par la vérole, s'écrie Jullien, car ceux-là reviendront peut-être à la santé, et en effet tandis qu'une épilepsie vulgaire ou une épilepsie symptomatique dérivant d'une autre source que la vérole (saturnisme, alcoolisme, éclampsie, urémie, tuberculose, etc. (2), ne bénéficie en rien du traitement de celle-ci, l'épilepsie syphilitique au contraire subit ou peut subir de ce traitement une influence curative équivalent dans l'espèce à une démonstration de spécificité (3). Donc mêmes effets favorables sous l'influence d'une thérapeutique commune. On comprendrait difficilement qu'il en fût ainsi s'il n'y avait pas communauté de lésions ; et c'est bien l'opinion arrêtée de la plupart des anatomo-pathologistes que les attaques d'épilepsie syphilitique sont toujours l'expression d'une altération matérielle (4) (Bristowe, Virchow, Huebner, Lancereaux, Wilks, Broadbent, Zambaco, Jackson). Ce n'est point comme dans l'épilepsie essentielle je ne sais quelle lésion inconnue, passagère, introuvable (5) ; ici c'est une lésion visible, constante : lésion osseuse, lésion des mé-

1. Fournier. *Loc. cit.*, page 222 et Jullien. *Traité des maladies vénériennes* (1886).

2. Guillermin. *Etude sur l'épilepsie alcoolique* (Thèse de Paris, 1877).

3. Althaus. *Med. Times*, 1874.

4. Voir Rollet, article *syphilis* in *dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3^e série, tome XIV, p. 359 et dans le même dictionnaire l'article *épilepsie* par Burlureaux.

5. Coulbaut. *Lésion de la corne d'Ammon dans l'épilepsie* (thèse Paris, 1881).

ninges, lésion cérébrale ou lésion artérielle, mais toujours lésion, et lésion spécifique, primitive, protopathique. La syphilis fait l'altération locale ; l'épilepsie est le symptôme qui traduit cette altération ; entre le trouble anatomique et le trouble fonctionnel il y a relation étroite, directe, de cause à effet ; l'épilepsie est réellement syphilitique ; mieux encore, c'est la syphilis cérébrale épileptiforme (4). Voyons maintenant s'il en est de même pour l'hystérie.

Pour être de date plus récente, la connaissance des relations qui existent entre l'hystérie et la syphilis n'en est pas moins bien établie. Dans certains cas la vérole ne fera que modifier le cours d'une hystérie préexistante ; elle n'aura alors qu'une influence stimulatrice dans la production de crises d'une névrose antérieure à l'infection. « Il est assez commun, dit Fournier, que des femmes anciennement hystériques, dont les accès s'étaient amendés depuis un certain temps, voient tout à coup leurs crises et leurs anciens malaises nerveux reparaître dans le cours de la période secondaire. Sous l'influence de l'éréthisme qu'imprime aux fonctions nerveuses le poison de la vérole, ces femmes deviennent subitement hystériques, à compte nouveau, si je peux ainsi dire, ou le deviennent à un degré supérieur si elles n'avaient cessé de l'être. Elles reprennent leurs accès convulsifs, elles reprennent leur état vaporeux, leur susceptibilité nerveuse. En un mot, l'hystérie qui chez elles

4. Chauvet. *Influence de la syphilis sur le système nerveux central* (th. agrég., Paris, 1880).

« s'était calmée, subit l'influence syphilitique, une exacerbation nouvelle (1). »

Mais là peut ne pas se borner le rôle étiologique de la syphilis. Elle peut aussi révéler subitement la diathèse nerveuse restée latente. Ici, l'hérédité a préparé le terrain. Pour comprendre toute l'importance de ce facteur étiologique de premier ordre, il faut l'envisager sous son point de vue le plus général. D'abord l'hystérie est héréditaire par elle-même ; c'est l'hérédité névropathique similaire (Morel) et si les cas sont rares où l'on voit, comme dans l'observation de Bernutz, une mère hystérique donner le jour à six filles également hystériques, on peut dire qu'un sujet hystérique a de grandes chances (une sur deux d'après Briquet), de procréer des enfants atteints de la même affection.

Mais l'hystérie n'est pas fatalement engendrée par l'hystérie. Si elle peut être considérée comme la plus héréditaire des névroses (2), elle affecte aussi des relations intimes avec tous les états névro et psychopathiques, elle peut s'associer, se combiner avec eux, en être la transformation ou à son tour lui donner naissance. A côté de l'hérédité similaire prend donc place l'hérédité névropathique générale, c'est-à-dire que l'on doit avec Georget (3) admettre comme prédisposés à l'hystérie « non-seulement

1. Fournier. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 1874, page 816.

2. Déjérine : *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*. (Thèse d'agrégation, 1886).

3. Georget. *Dictionnaire de médecine*, 1824, article *hystérie*.

« les sujets issus d'hystériques, mais ceux qui sont issus
« d'épileptiques, d'aliénés, d'hypocondriaques, de sourds
« ou d'aveugles de naissance, de parents qui ont été frap-
« pés d'apoplexie ou d'une maladie cérébrale quelcon-
« que. »

Enfin outre cette hérédité névropathique, similaire ou hétérogène, il faudra encore tenir compte de l'hérédité diathésique, telle que la conçoit l'école de Montpellier, telle que le professeur Grasset vient encore de la défendre dans un récent article (1); c'est-à-dire que l'on devra rechercher et que l'on trouvera souvent dans l'hérédité des hystériques, à travers les générations successives de leurs ascendants, les manifestations variées de certaines diathèses (arthritisme, tuberculose) (2).

Bien des éléments contribuent donc à préparer un terrain favorable au développement de l'hystérie; l'hérédité similaire, l'hérédité névropathique générale, l'hérédité diathésique suffisent chacune à réaliser cette prédisposition constitutionnelle. Que dans ces conditions une cause occasionnelle vienne alors à se produire, maladies infectieuses, traumatismes, intoxications, syphilis, et la névrose pourra subitement éclater.

Faut-il pousser plus loin cette enquête sur la pathogénie de l'hystérie chez les syphilitiques? La névrose peut-elle survenir chez des sujets n'ayant jamais présenté d'hystérie préexistante et dont les antécédents ne révèlent

1. Grasset. article *hystérie* in *dictionnaire encycl. des sciences médicales*, et *Leçons sur l'hystéro-traumatisme* in *Montpellier médical*, juin 1888.

2. Boinet. *Des parentés morbides* (thèse d'agrégation, 1886).

pas davantage une semblable prédisposition ? Fournier n'hésite pas à l'admettre ; pour lui la syphilis peut « créer
« de toutes pièces la névrose hystérique qui n'existait pas
« auparavant, soit qu'il s'agisse d'accidents hystériques
« avec crises convulsives, soit qu'il s'agisse seulement
« d'un état d'éréthisme nerveux, caractérisé par des modifications de caractères, de l'énervement, de l'impres-
« sionnabilité, des syncopes, de la sensation de strangulation, d'étouffement ou de *globus hystericus*, ou encore
« de spasmes, de convulsions partielles et de tremble-
« ments passagers ». Sous bénéfice de certaines réserves, nous souscrivons, pour notre part, à cette opinion du professeur de Saint-Louis, reproduite et adoptée par Huchard, par Grasset. L'hystéro-traumatisme ne nous fournit-il pas d'ailleurs de semblables exemples ? Sur les vingt-six malades observés par Berbez, il en est douze pour lesquels l'examen le plus minutieux des antécédents héréditaires ne permit de rien découvrir qui pût faire prévoir la névrose. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la syphilis ? Reste à savoir, il est vrai, quel est le mode d'action de cet élément étiologique.

Nous ne rappellerons que pour la repousser cette opinion aujourd'hui presque complètement abandonnée qui attribuait au mercure le pouvoir de favoriser l'éclosion des accidents nerveux consécutifs (1). Si Diday a rapporté plusieurs observations d'accidents apoplectiformes survenus dans le cours du traitement de la syphilis par le mercure et l'iodure de potassium, si Jullien a aussi,

1. Zambaco (A). *Des affections nerveuses syphilitiques*, 1862.

selon son expression, préjugé que les excès du traitement mercuriel n'étaient pas étrangers à la production des affections prétendues syphilitiques des centres nerveux, les statistiques de Waldemar et de Rollet (1) ont prouvé que les accidents nerveux font partie de l'évolution normale de certaines véroles sans que la médication mercurielle ait besoin d'exercer sur eux aucune influence provocatrice.

L'étude attentive des faits que nous avons pu nous-même observer nous porte à prendre en plus sérieuse considération la théorie suivante par laquelle Huchard expliquerait l'apparition de l'hystérie chez les syphilitiques sans hérédité nerveuse bien manifeste : « Dans ces cas, dit-il, ce n'est certainement pas la syphilis qui peut « par elle-même donner lieu à tous les accidents nerveux ; elle n'arrive à les produire que par une voie « détournée, en créant, en accentuant encore chez la malade, un état plus ou moins anémique, auquel peuvent « s'ajouter et s'ajoutent souvent les excès, les ennuis, les « émotions, les préoccupations, le chagrin même parfois « d'avoir une maladie honteuse et grave ». Ainsi se trouverait réalisée chez certains syphilitiques, héréditairement sains, l'opportunité morbide, c'est-à-dire cette modification préalable de la nutrition qui « est plus qu'une imminence morbide, qui est la maladie en puissance ». Et Monsieur Bouchard auquel nous empruntons ce passage continue :

« Mais comment cette maladie va-t-elle éclater ? c'est

1. Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, 1865, p. 909.

« en général, à l'occasion d'une cause extérieure qui provoquera les réactions nerveuses. Voici un arthritique ;
« comment sera-t-il pris d'un accès de goutte ? très souvent après un refroidissement, une secousse morale, un traumatisme. La maladie ainsi provoquée au cours de la diathèse est un épisode, un accident paroxystique... (1) »
Il semble en effet très logique d'admettre que, puisque chez certains individus la syphilis produit des manifestations nerveuses, et chez certains autres, par exemple, des manifestations cutanées, il doit exister un état particulier de l'organisme, général ou local, différent chez les premiers et chez les seconds et entraînant des manifestations différentes. Si tous les organismes en puissance de syphilis se ressemblaient, si les constitutions, les tempéraments, les sexes, les âges étaient ramenés à un type unique, toujours le même, la syphilis, dans ce cas, serait toujours identique à elle-même, elle présenterait chez tous des manifestations analogues ; et ce qui fait précisément la diversité des formes qu'elle revêt, c'est la diversité des terrains sur lesquels elle germe.

Héréditaire et durable, ou bien acquise et transitoire, la susceptibilité nerveuse doit donc exister chez les syphilitiques que frappe l'hystérie. C'est ainsi que nous rele-

1. Bouchard : *Leçon sur les auto-intoxications dans les maladies*, 1887, page 9. Ailleurs (*Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1885, 2^e édition, page 377) Bouchard définit ainsi la diathèse : « un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme formes symptomatiques, comme siège anatomique, comme processus pathogénique..... la diathèse est un tempérament morbide. »

vons dans les antécédents héréditaires de nos malades la folie (obs. II), la dipsomanie, l'alcoolisme, l'épilepsie, la tuberculose (obs. V). Dans les antécédents personnels : l'alcoolisme (obs. I et II), l'impaludisme (obs. III). Tous enfin ont accusé à la suite de la syphilis, des modifications de caractère dans le sens de l'irritabilité, d'une émotivité manifeste, d'une exagération de toutes les facultés affectives ; de calmes, tranquilles, tolérants qu'ils étaient auparavant, ils se sont montrés irascibles, emportés, moroses, et nous verrons que c'est à la suite d'une contrariété pour l'un, d'une dispute pour l'autre que sont survenus les accidents apoplectiques. C'est que chacun a son point faible, sa diathèse, sa maladie de prédilection, que toute secousse, qu'elle qu'en soit la cause génératrice, peut mettre en éveil. La même émotion morale produira chez l'un de l'ictère, chez l'autre de l'épilepsie, chez le troisième de la diarrhée, chez le quatrième une fièvre éphémère. Ce qui commande la diversité des espèces morbides, c'est la diversité, c'est l'individualité des terrains organiques. « On ne devient pas fou comme par hasard, disait Peter, mais parce qu'on a une faible cervelle et qu'on tombe toujours du côté par où l'on penche (1). » Les syphilitiques, disons-nous à notre tour, ne deviennent pas hystériques comme par hasard, mais parce qu'ils ont un système nerveux impressionnable. Chez eux la syphilis n'est qu'une des causes multiples qui auraient pu faire éclore leur prédisposition morbide latente ; elle bat le rappel de la diathèse.

1. Peter. *Clinique médicale*, Tome II, page 411.

L'hystérie ainsi développée est bien l'hystérie vraie, vulgaire, essentielle. De même que chez les saturnins ou les alcooliques elle n'emprunte à la cause sous l'influence de laquelle elle évolue ni une symptomatologie nouvelle ni une thérapeutique différente. Elle n'est par conséquent ni symptomatique, ni spécifique. « Il y a un déterminisme « en tout, concluerons-nous avec Berbez ; rien ne se fait « sans cause ; un homme est un goutteux latent ; il reçoit « un coup sur le genou ; il lui vient une arthrite gout-
teuse de cet article. Nous disons bien aux goutteux « évitez les coups ! Nous devons dire aux prédisposés « nerveux : évitez la syphilis, les traumatismes, l'alcool, « le plomb et le mercure, capables d'aider chez vous au « développement de l'hystérie (1). »

1. Berbez. *L'hystérie toxique* (*Gazette des hôpitaux*, 14 janvier 1888, page 50).

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

APOPLEXIE HYSTÉRIQUE DANS LA SYPHILIS

Que l'on envisage l'hystérie toxique ou l'hystérie vulgaire. C'est donc toujours en face de la grande [névrose que l'on se trouve : ce serait toutefois par trop amoindrir l'importance étiologique de l'intoxication que de la considérer simplement comme une cause occasionnelle. Si l'individualité du terrain organique, facteur constant détermine la diversité des espèces morbides, le [facteur variable, la cause détermine ce que les maladies ont de spécial (Rindfleisch) (1). Les observations d'hystérie toxique ont bien mis en lumière cette loi de pathologie générale; l'intoxication ne fait pas la névrose ; elle ne la réveille qu'à la faveur d'une prédisposition constitutionnelle mais elle imprime à ses manifestations une direction particulière elle leur donne une forme qui varie avec [sa nature si bien que l'on peut « voir dans l'insolite des phénomènes », ce qui est comme la griffe, la marque de fabri-

1. Rindfleisch. *die Elemente der Pathologie*, traduit par le Dr Schmitt. 1888, p. 6.

« que de l'intoxication qui a aidé au développement des « accidents nerveux » (Berbez); M. le professeur Charcot a bien développé dans une de ses leçons du mardi, ce point de détail qui est d'un grand intérêt en philosophie naturelle : « les intoxications, a-t-il dit, n'ont qu'une « importance réduite sur la production des phénomènes « hystériques, mais elles ont une influence énorme sur « la forme des accidents ». C'est ainsi que, chez un saturnin, l'hystérie simulera la paralysie névritique des extenseurs (1), chez un mercuriel le tremblement hydrargyrique chez un buveur pendant les crises, les hallucinations qu'elle provoquera garderont le caractère terrifiant des hallucinations alcooliques (2); chez les syphilitiques enfin elle empruntera aux accidents cérébraux de la vérole les symptômes par lesquels ils ont l'habitude de s'annoncer; et il est inutile de faire ressortir quel intérêt s'attache dans ce dernier cas à l'exactitude diagnostique. On connaît quelle est l'inépuisable variété des symptômes qu'est susceptible d'affecter la syphilis du cerveau; il suffit de jeter un simple coup d'œil sur la table des matières du livre que le professeur Fournier a consacré à cette étude pour se convaincre que toute la séméiologie cérébrale sans exagération, vient figurer dans les divers chapitres de l'encéphalopathie syphilitique. Au milieu de ce polymorphisme, il existe cependant un type clinique bien défini qui est, à coup sûr, le plus important de tous à divers égard: le plus important à raison de sa

1. Observation XI de la thèse Hischmann (*Intoxication et hystérie*, 1888) malade présenté par Charcot dans sa leçon du 26 juin 1886.

réquence de l'étendue des parties qu'il affecte, de la gravité des symptômes qui l'accompagnent et des lésions qu'il traduit : c'est l'hémiplégie. Eh bien ! si nous nous en rapportons ou fait qui nous a été donné d'observer nous-même, nous sommes en droit de croire que ce type hémiplégique, apoplectique, est précisément celui que réalise le plus souvent l'hystérie de la vérole. Les recherches que nous avons pu faire sont d'ailleurs venues nous confirmer dans notre opinion.

Debove (1), dans un mémoire déjà cité (*Soc. méd. des hosp.*, 1879, mémoires, page 27), avait relaté deux cas d'hémiplégie attribuée à la syphilis et guérie par l'aimant. Parmi les 35 observations de la thèse d'Achard (2), nous en relevons 3 qui ne sont pas moins instructives. Dans l'une (observation XXI, recueillie par Achard dans le service de Debove) c'est un homme syphilitique, frappé d'apoplexie, avec hémiplégie gauche et hémianesthésie sensitivo-sensorielle, et chez lequel l'aimant et la faradisation amènent une amélioration notable ; dans l'autre (observation XXII, recueillie par Méry dans le service d'Hutinel). C'est encore un syphilitique hémiplégique et hémianesthésique, chez lequel, en l'absence de tout traitement mercureil ou ioduré, l'aimant fit rapidement disparaître tous les troubles moteurs ou sensitifs.

Enfin il fut encore donné à Achard d'être témoin d'un

1. Debove. *Recherches sur les hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice, d'hémichorée, de contracture, et sur leur curabilité par les agents esthésiogènes* (*Société médicale des hôpitaux*, 24 octobre et 14 novembre 1879).

2. Achard. *De l'apoplexie hystérique*. th. de Paris, 1887.

cas semblable : Il s'agissait d'une hémiplegie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle survenue chez un sujet syphilitique à la suite d'une attaque épileptiforme (obs. XXXV). La syphilis était indéniable et le malade déclarait en outre s'être soigné d'une façon incomplète : il n'est pas douteux qu'on eut avant la connaissance des agents esthésiogènes, institué un traitement antisiphilitique ; on eût déclaré qu'il s'agissait d'accidents menaçants et peut-être une amélioration légère des troubles moteurs et sensitifs eût-elle été rapportée à la rapidité et à l'énergie de l'intervention. Or il a suffi, dans ce cas, d'appliquer les aimants pour faire disparaître tous ces phénomènes. La connaissance de ces quelques faits, joints à ceux dont nous avons pu être le témoin, nous a conduit à penser qu'on a dû plus d'une fois, mettre sur le compte de la syphilis cérébrale des accidents apoplectiques qui ne relevaient que d'une hystérie méconnue, et attribuer dans la suite au traitement spécifique le mérite d'une guérison qu'on aurait pu obtenir sans son emploi.

OBSERVATION I

Recueillie par H. Mery, interne des hôpitaux, parue dans la thèse de M. Achard.

Bertrand (Albert), âgé de 28 ans, graveur sur bijoux, entré le 15 mars 1887, salle Rostan, n° 22, à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Hutinel.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires. Cet homme a contracté la syphilis, il y a 3 ans en Afrique ;

il a subi, dès l'apparition du chancre, un traitement de 90 jours à l'hôpital (pilules de proto-iodure). Deux mois après sa sortie de l'hôpital, plaques muqueuses de la gorge, de la bouche et de l'anus ; alopecie. Ces accidents ont duré deux mois et demi et ont disparu sans traitement. Retour en France un an après le début de la syphilis. Huit mois après, éruption de taches sur le corps, puis apparition aux jambes de boutons semblables à des clous qui n'ont jamais suinté ni suppuré. A ce moment traitement très irrégulier par la liqueur de Van Swieten et l'iodure de potassium pendant un mois. Pendant son séjour en Afrique, le malade fit des excès d'absinthe ; c'est à ces excès qu'il attribue une attaque de nerfs avec perte de connaissance, ayant duré un quart d'heure, qui survint à cette époque et qui n'entraîna à la suite aucun accident, ni aucun autre trouble qu'une grande fatigue. Excès alcooliques modérés ; pas de rêves la nuit, pas de pituites matinales.

Il y a un mois le malade fut pris de maux de tête très violents, nocturnes, durant jusque vers quatre heures du matin. Pendant la journée il était sujet à des absences durant lesquelles il laissait tomber ses outils et restait comme égaré. Il n'avait aucune notion de ces absences que ses camarades lui faisaient remarquer, elles duraient trois ou quatre secondes ; il en avait trois ou quatre par jour, surtout l'après-midi. Il s'aperçut également d'un peu d'affaiblissement de l'ouïe du côté droit ; la mémoire était paresseuse, il avait de l'inaptitude au travail.

Le samedi 12 mars, vers cinq heures du soir, il tomba sans connaissance dans son atelier. Il avait éprouvé du

malaise toute la journée, mais il n'a aucunement senti venir l'attaque. Il resta sans connaissance pendant un quart d'heure (on l'avait transporté dans une pharmacie), puis quand il revint à lui, il s'aperçut d'une grande gêne de la parole, il bredouillait. En outre il voyait trouble de l'œil droit, et ses camarades lui firent remarquer que cet œil était dévié en dehors, ce qui n'existait pas auparavant. La surdité de l'oreille droite était en même temps plus complète. Il constata aussi de l'affaiblissement des deux membres du côté droit, plus marqué à la jambe.

Les mêmes phénomènes ont persisté sans attaque nouvelle jusqu'à l'entrée à l'hôpital ainsi que les maux de tête et les absences qui existaient avant l'attaque.

État actuel. — La syphilis dont ce malade a été atteint a laissé des traces actuelles : une calvitie fronto-pariétale complète ; sur le dos, des macules brunâtres, reste de l'éruption de syphilides papulo-squameuses ; on retrouve des macules semblables sur les jambes et les cuisses et quelques-unes sur les avant-bras. On ne trouve aucune cicatrice intéressant le derme ; il n'y a donc eu aucune lésion d'ecthyma syphilitique, ni aucune gomme. Pléiade inguinale marquée surtout du côté gauche (côté du chancre). Rien dans la gorge si ce n'est une légère exulcération de l'amygdale gauche. Iritis du côté droit ; lésions déjà anciennes, synéchies postérieures du côté interne.

Rien d'anormal dans les viscères.

Membres inférieurs. — Le malade étant debout on trouve que la marche est peu modifiée ; la jambe droite ne fauche pas ; il semble seulement que le malade

éprouve une certaine difficulté à détacher du sol la partie antérieure de la plante du pied; on croirait qu'il doit vaincre une certaine résistance pour lever le pied droit; ce pied semble rester en retard et être le siège d'une certaine paresse. Aucune incoordination motrice. La sensibilité est normale au membre inférieur gauche. A droite la sensibilité à la piqure est complètement abolie, sauf au pied où la plante est encore sensible; au dos du pied la sensibilité n'a pas non plus complètement disparu. La sensibilité à la température est diminuée, mais non complètement abolie, du côté droit.

Le réflexe rotulien existe des deux côtés, mais paraît diminué à droite, pas d'épilepsie spinale. Le réflexe crémasterien existe des deux côtés, mais augmenté du côté droit.

Membres supérieurs. — La main droite donne 50 au dynamomètre et la gauche 70. Pas d'incoordination motrice. Sensibilité normale du bras gauche. Anesthésie complète du dos de la main et des doigts du côté droit. La sensibilité est seulement diminuée à la face postérieure du bras et de l'avant-bras. Les doigts ont conservé une certaine sensibilité sur leur face antérieure; la paume de la main est complètement anesthésiée. Diminution de la sensibilité à la partie antérieure du bras et de l'avant-bras droits, ainsi que sur la moitié droite du tronc.

A la face, diminution peu marquée de la sensibilité du côté droit. Les traits paraissent légèrement déviés à gauche: la commissure labiale de ce côté est rétrécie; du côté droit, les sillons paraissent légèrement effacés, sur-

tout par comparaison. La pointe de la langue n'est pas déviée, les muscles du côté droit de la face se contractent, mais moins bien que du côté gauche.

L'œil droit présente un strabisme externe léger; il paraît donc y avoir un peu d'affaiblissement du muscle droit interne de ce côté; en outre si, fermant l'œil gauche, on dit au malade d'ouvrir l'œil droit, on constate que la paupière supérieure se relève très mal; il y a donc aussi parésie légère de l'élévateur de la paupière, disparaissant dans les mouvements associés. Enfin, si on dit au malade de porter l'œil droit en dehors, on trouve une parésie assez accentuée du muscle droit externe. Il y a donc de la parésie légère, diffuse, portant un peu sur tous les muscles de l'œil droit.

La vue de l'œil droit est très affaiblie depuis l'attaque. Surdité complète de l'oreille droite. Hémianesthésie olfactive et gustative du côté droit. Ce sont, en somme les phénomènes d'hémianesthésie sensitive et sensorielle qui dominent, les phénomènes parétiques étant extrêmement légers et tendant à disparaître.

Le diagnostic porté par M. Hutinel fut : apoplexie hystérique.

Traitement. — Bromure de potassium, douches froides.

Le 18. — Les phénomènes parétiques ont à peu près disparu, l'hémianesthésie persiste. Au dynamomètre la main droite donne 60, la gauche 70.

Le 19. — Application d'aimants pendant trois heures sur le côté externe de la jambe droite, la sensibilité commence à revenir du côté droit après l'application des

aimants qui fut continuée pendant trois jours dans les mêmes conditions. A ce moment la sensibilité est à peu près complètement revenue du côté droit. Il n'y a plus aucun phénomène parétique. La sensibilité est toujours restée normale du côté gauche. Le malade sort sur sa demande le 24 mars.

OBSERVATION II

Thèse de M. Achard.

Co... (Prudent), âgé de 36 ans, tonnelier, entré le 8 septembre 1886, salle des hommes, n° 1, à l'hôpital Andral, dans le service de M. Debove. La mère de ce malade est morte folle à la suite d'une couche; son père est mort du choléra; plusieurs frères ont succombé à des affections sur lesquelles le malade ne peut donner de renseignements.

Cet homme a toujours été depuis son enfance d'un tempérament nerveux; son caractère est impressionnable, il se met facilement en colère. Sa santé générale est d'ailleurs bonne; il n'a jamais eu de maladie grave. Il a fait autrefois de nombreux excès alcooliques buvait par jour 6 et 8 litres de vin. A cette époque, il avait des pituites qui ont cessé par la suite, le malade ne faisant plus d'excès de boissons depuis huit ans. Aujourd'hui, il n'offre pas de signes d'intoxication. Les mains ne tremblent pas, il n'y a pas de rêves agités.

Il y a huit ans, il contracta la syphilis; il eut un chancre à la verge, suivi de plaques muqueuses, et d'érup-

tion cutanées. Il fut soigné pendant quinze mois à l'hôpital du midi, dans le service de M. Horteloup ; puis il continua encore son traitement à la sortie de l'hôpital. Il eut encore, il y a cinq ans une iritis à l'œil droit qui récidiva il y a dix-huit mois ; à l'occasion de ces accidents, il fut de nouveau soumis au traitement anti-spécifique.

Depuis quelque temps déjà, le malade avait remarqué une certaine faiblesse dans le bras gauche et des fourmillements dans ce membre. Mais il n'y avait pas d'autres troubles du mouvement et de la sensibilité.

Le 28 août 1886. — Vers 9 heures du soir, tandis qu'il se déshabillait pour se mettre au lit, il s'affaissa subitement et perdit connaissance, vers une heure du matin, des voisins, dont l'attention avait été éveillée par la lumière qui se trouvait dans sa chambre, vinrent le relever.

Il était toujours sans connaissance : pas de convulsions.

Une demi-heure plus tard, il reprit connaissance et se trouva, en revenant à lui, paralysé de tout le côté gauche. Il éprouvait une certaine gêne de la parole qui dura deux jours ; mais il n'y eut point d'aphasie, et le trouble du langage consistait seulement en une difficulté de la prononciation ; sa langue fourchait, selon son expression. La paralysie diminua les jours suivants.

Le malade entre à l'hôpital le 8 septembre. On constate une hémiplegie du côté gauche avec hémianesthésie. Le malade marche avec une canne ; il peut cependant se tenir debout et faire quelques pas sans aucun soutien : mais il n'avance qu'à petits pas ; les deux jambes traînent, la gauche plus que la droite. Au lit, le malade peut

faire glisser ses jambes et les fléchir, mais il ne peut détacher le talon du lit du côté gauche. A droite, il élève seulement le pied à quelques centimètres au-dessus du plan du lit. Il y a en somme un affaiblissement marqué des deux membres inférieurs avec prédominance à gauche. Ajoutons que les deux jambes sont agitées d'oscillations très petites consistant en une sorte de trémulation à l'occasion des tentatives de mouvements volontaires.

Le membre supérieur gauche est pendant le long du tronc : Il ne peut être soulevé qu'à quelques centimètres. Le membre supérieur droit a conservé toute sa force. La pression du dynamomètre donne : main droite 43 ; main gauche 9. La face ne présente pas de déviation, mais il y en aurait eu aussitôt après l'attaque et le malade dit que sa bouche était tirée à droite. Pas de ptosis, pas de strabisme. Pupilles égales et contractiles.

Les troubles de la sensibilité existent seulement depuis l'attaque. Il y a une hémianesthésie incomplète du côté gauche. La sensibilité cutanée est abolie de ce côté, sauf à la plante du pied où elle est bien conservée et au tronc où elle est seulement diminuée. En outre la jambe du côté droit, du genou jusqu'aux chevilles, est insensible. Tous les modes de la sensibilité générale sont frappés de la même manière dans les parties précédemment indiquées. La muqueuse linguale est insensible dans la moitié gauche de la langue. Le pharynx est également anesthésié de ce côté, tandis qu'à droite le contact du doigt provoque un effort de vomissement, la muqueuse de la narine gauche est insensible ; il en est de même de la conjonctive de ce côté ; mais la cornée a conservé sa sensibilité.

La vision présente plusieurs troubles du côté gauche ; l'acuité visuelle est très diminuée ; le doigt placé devant l'œil cesse d'être vu à 25 centimètres. Il y a de la polyopie monoculaire ; le rétrécissement du champ visuel est très marqué. Mais il n'y a aucun trouble de la vision des couleurs, la vue est bonne pour l'œil droit malgré les deux atteintes d'iritis dont il a été frappé.

L'odorat est affaibli à gauche : l'ammoniaque est beaucoup moins sentie de ce côté, le goût est aboli à gauche : le sulfate de quinine ne produit aucune impression. L'ouïe est diminuée du même côté ; le bruit d'une montre appliquée contre l'oreille n'est pas entendu, on ne trouve pas de points hystérogènes. Il n'y a pas de zones d'hyperesthésie. La pression n'est pas douloureuse dans la fosse iliaque ni sur le testicule. Pas de sensation de constriction à la gorge. Céphalalgie habituelle.

Le malade a parfois des maux d'estomac : pas de vomissements, pas de trouble des autres fonctions, l'urine ne renferme ni albumine, ni sucre.

15 septembre. — Application d'un aimant à l'épaule gauche à 8 heures du matin. Le soir la sensibilité cutanée dans tous ses modes est revenue à la cuisse. Elle n'est point modifiée sur le reste du corps, et il n'y a pas de transfert, l'ouïe est un peu revenue du côté gauche et le malade entend faiblement le tic-tac d'une montre appliquée contre l'oreille. Il lui semble aussi que la vue est plus nette du côté gauche, l'odorat et le goût ne sont point modifiés.

Le 16. — Même état. Le dynamomètre donne : main droite 40 ; main gauche 10. Le soir, la sensibilité est reve-

nue sur l'aile du nez et la région sous-orbitaire. On constate que la vue s'est améliorée ; le malade distingue maintenant avec netteté le doigt placé à 35 centimètres de l'œil gauche. Au dynamomètre : main droite 41, main gauche 28.

Le 19. — Dynamomètre : main droite 42, main gauche 30.

État stationnaire jusqu'au 29 septembre. On cesse alors les applications d'aimant pour commencer des séances de faradisation sur divers points du corps, principalement sur les membres paralysés.

1^{er} octobre. — La sensibilité est revenue sur toute l'étendue de la peau. Toutefois la sensibilité à la température reste moindre à la jambe gauche. La sensibilité à la piqure est moindre sur la moitié gauche que du côté opposé, l'œil gauche distingue le doigt à cinquante centimètres.

L'ouïe est améliorée et l'odorat est revenu à gauche.

Quelque temps après le malade quitte l'hôpital conservant encore une certaine faiblesse des membres inférieurs et les mêmes troubles de la sensibilité que ceux décrits ci-dessus.

OBSERVATION III (personnelle)

« D..., François, âgé de 40 ans, serrurier, entré le 10 avril 1888, salle Saint-Ferdinand, lit n° 13, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rigal.

« *Antécédents héréditaires.* — Sont mal connus : il ne

« paraît pas y avoir de nerveux dans la famille ni dans
« les collatéraux.

« *Antécédents personnels.* — Rien dans son enfance, a
« voyagé dans les pays chauds où il a eu le choléra, les
« fièvres intermittentes et enfin la syphilis vers l'âge
« de vingt-cinq ans. Il a été complètement guéri de sa
« fièvre intermittente. »

Le foie et la rate ont leur volume normal.

La syphilis dont il a été atteint a été caractérisée par un chancre, de l'adénopathie poly-ganglionnaire, des plaques muqueuses, la chute des cheveux et de la roséole. Cette maladie a été mal soignée, mais depuis six ans, il ne s'est plaint d'aucun accident.

Il affirme être devenu irritable et rancunier depuis l'apparition de sa syphilis, et ajoute que cet état n'a fait que s'aggraver avec le temps. A l'heure actuelle, il est violent, emporté, et, de même, rit pour un rien. Il a souvent des colères et quelquefois à la suite une vive émotion, il se plaint d'avoir la gorge serrée, il croit étouffer. Il tombe alors et perd connaissance. Cette crise est marquée par des mouvements étendus.

Depuis un mois il avait une céphalalgie très marquée au sommet de la tête : Douleur syncipitale qui n'empêchait pas le sommeil et qui reparaisait le jour.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital a eu lieu il y a cinq jours. Il était tranquillement occupé à son travail, lorsque brusquement son marteau lui échappe de la main, les jambes se dérobent sous le poids de son corps et il tombe sans connaissance. Il se réveille quelques heures plus tard et se trouve complètement paralysé

du côté droit. Jamais, nous affirme-t-il, il n'a eu d'embarras de la parole.

Le jour même de son entrée à l'hôpital c'est-à-dire le 10 avril nous le trouvons dans l'état suivant :

Côté droit. — Paralyse complète des membres et de la face, il est impossible au malade de remuer le membre inférieur droit, pas même de le soulever lorsqu'il est au lit, il ne peut non plus imprimer aucun mouvement au bras droit.

Les sensations de froid et de chaud ne sont pas perçues, nous trouvons une perte complète de la notion de fonctions des membres. Les tiraillements des articulations et des ligaments ne provoquent aucune douleur.

— Les réflexes sont conservés.

La sensibilité à la douleur et au contact est abolie dans toute la moitié droite et le plan de séparation entre les parties sensibles et anesthésiées passe juste par le milieu du corps.

Sur la peau de la verge, sur le gland et sur les bourses, la ligne de séparation occupe exactement la ligne médiane.

Si on pique la peau à droite avec une épingle, il ne sort pas de sang; et si avec l'ongle on pratique sur la peau des raies légères on voit la partie atteinte blanchir immédiatement et il se dessine aussitôt après sur le même point une ligne saillante rouge comme l'urticaire.

Du côté des sens on note les phénomènes suivants :

Langue. — La moitié droite ne perçoit pas les saveurs, le sucré, le sulfate de quinine ne provoquent aucune sensation.

Nez. — A droite le malade ne sent pas l'ammoniaque.

Oreille. — L'acuité auditive est bien diminuée à droite.

Œil. — Rétrécissement concentrique du champ visuel à droite, le malade distingue mal les couleurs et confond le vert et le bleu.

La pression du testicule droit ne produit presque pas de douleur.

Si on presse au sommet du vertex on détermine une vive douleur, et même par le simple frolement des cheveux et de la peau.

L'anesthésie pharyngée est absolue.

En interrogeant le malade on est frappé de la facilité de ses réponses, de la vivacité de son esprit et de la volubilité de sa parole.

En présence de ces phénomènes le diagnostic fut celui d'hémiplégie hystérique. On ne fit pas de traitement spécifique, tant le diagnostic semblait exact. L'application de l'aimant eut lieu le 15 avril, le surlendemain une amélioration notable était survenue ; la céphalalgie avait complètement disparu et le malade commençait à remuer ses membres ; l'insensibilité persistait sur tout le côté droit. Le 18 avril, la paralysie faciale était moins sensible, l'état de cette paralysie laissait une lacune. Il est probable, que nous avons eu affaire à de l'hémispasme glossolabé. Car, lorsque le malade riait, la paralysie n'offrait pas le type classique des paralysies faciales ordinaires.

Le 23 du même mois, le malade commençait à marcher et la sensibilité était revenue dans le membre inférieur.

Le 29. — Le malade marchait librement et prétendait avoir recouvré toutes ses forces. De tous ces phénomènes

deux seuls persistaient : l'anesthésie gustative et olfactive. Le lendemain le malade quittait l'hôpital à la suite d'une discussion avec la surveillante du service et il ne nous a plus été possible d'avoir de ses nouvelles.

L'observation de ce malade nous fait assister à un double fait : celui du développement pour ainsi dire chez lui de l'hystérie sous l'influence du virus syphilitique, et de l'apparition de l'apoplexie hystérique.

Les modifications de caractères sont évidentes, et son récit nous fait assister à l'éclosion de la névrose qui va se développer et aboutir à l'apoplexie. De plus, le mode de début de l'attaque, les pertes de sensibilité qui l'ont accompagnée, les troubles oculaires, l'anesthésie pharyngée, l'hémi-spasme glosso-labié probable et enfin la disparition rapide de tous ces accidents plaident nettement en faveur de l'apoplexie hystérique.

OBSERVATION IV (personnelle)

L., Désiré, âgé de 33 ans, entré le 24 mai 1888, salle Saint-Ferdinand, lit n° 7, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rigal.

Le malade a contracté la syphilis à l'âge de 20 ans, il déclare avoir eu un chancre induré, de la roséole, des plaques muqueuses et avoir perdu ses cheveux principalement sur les côtés. Six mois après il se déclarait une nécrose du pariétal gauche. Le tout a été très amendé par le traitement spécifique.

Sous l'influence des préoccupations occasionnées par la

gravité des accidents, le caractère du malade s'est modifié, de calme il est devenu irritable. A chacun des accès de colère, il est pris d'une sorte de strangulation, il lui semble qu'il va étouffer : mais il ne perd pas connaissance comme nous l'avons vu pour un autre de nos malades.

En 1887, il eut une première attaque d'apoplexie qui se traduisit par une paralysie du côté droit avec hémianesthésie. Il recommença à suivre le traitement spécifique et se rétablit en quelques semaines.

Le 24 mai 1888, à la suite d'une discussion violente, il est pris pendant quelques heures d'un mal de tête violent auquel fait suite une attaque d'apoplexie qui motive son entrée à l'hôpital.

Nous procédons le lendemain à son examen, hémiplegie du côté droit incomplète, le malade peut mouvoir, soulever son bras et sa jambe, mais ne peut se soutenir. Nous ne trouvons pas d'hémiplegie faciale, mais en revanche il y a hémianesthésie de la face.

Hémianesthésie sensitive et sensorielle affectant la moitié droite du corps. Si on pique la peau avec une aiguille, si on la pince on ne détermine aucune sensation douloureuse ; si on fait subir aux articulations des mouvements de torsion assez violents, le malade n'accuse aucune douleur et n'a pas conscience de ce qu'on lui fait.

La ligne de démarcation entre l'anesthésie et les parties sensibles suit exactement le milieu du corps. La pression des fosses iliaques est douloureuse de chaque côté.

Nous trouvons le synciput douloureux.

L'anesthésie pharyngée est totale ; on peut impunément promener le doigt sur toute l'arrière-gorge.

En piquant la peau elle ne saigne pas.

Les sensations de chaud et de froid ne sont pas perçues sur le côté sensible nous trouvons quelques plaques d'analgésie disséminées.

Œil. — Retrécissement concentrique du champ visuel du côté droit auquel vient s'ajouter de la dyschromatopsie, de la polyopie monoculaire et de l'anesthésie conjonctivale.

Nez. — La narine droite est absolument insensible aux odeurs, le malade ne se retire point lorsque on lui présente de l'ammoniaque.

Langue. — La moitié droite de la langue ne perçoit pas les saveurs, l'amertume du sulfate de quinine n'est pas révélec. La comparaison a été faite avec l'autre moitié.

Ouïe. — Sans aller jusqu'à la surdité son ouïe est bien moins sensible du côté droit.

En présence de ces phénomènes on était naturellement porté à songer à l'apoplexie hystérique. La première attaque n'ayant pas été vue par nous, il nous a été difficile de nous procurer des renseignements exacts. Dans la deuxième il existait un certain nombre de phénomènes tels que sensation de boule, hémianesthésie sensitive et sensorielle, dyschromatopsie, polyopie monoculaire, absence d'écoulement sanguin après une piqure, état particulier du caractère de l'individu qui plaidaient en faveur de l'hystérie. Cependant il n'était pas possible vu la gravité des accidents syphilitiques antérieurs de refuser à ce

malade le traitement spécifique. L'iodure de potassium fut donc ordonné en même temps que des frictions mercurielles.

Nous ne dissimulons pas que le cas présent n'offre pas toute la valeur désirable, néanmoins le 26 mai nous remarquons déjà une amélioration des phénomènes. Le malade n'est pas préoccupé de son état ; il n'est pas plongé dans cet état de stupeur qui est l'apanage de l'apoplexie résultant de lésions organiques ; il a au contraire l'esprit très alerte et répond à toutes les questions qu'on lui pose.

L'aimant appliqué ne produit pas de transfert.

L'amélioration continue les jours suivants, et le malade sort au bout de dix jours, complètement rétabli.

Nous ferons remarquer que cette observation est intéressante par suite de la guérison rapide, et nous croyons que s'il s'était agi d'une lésion cette guérison aurait été beaucoup plus retardée malgré le traitement le plus énergique.

Il est vrai qu'on peut nous objecter qu'il peut survenir chez des syphilitiques des congestions passagères, capables de produire les mêmes symptômes. C'est une condition plus difficile à éliminer ; néanmoins, nous répondrons qu'il existait un certain groupe de phénomènes sensitifs singuliers et purement hystériques qui restent la base de notre diagnostic, par exemple : l'absence de paralysie faciale. De plus, il est difficile d'admettre que des attaques purement congestives aient pu déterminer la série des symptômes que nous avons énumérés plus haut. Il nous semble logique encore dans ce cas de conclure à l'apo-

plexie hystérique et nous sommes persuadés que sous l'influence du traitement spécifique le malade aurait guéri rapidement.

OBSERVATION V (personnelle)

C... , Édouard, âgé de 53 ans, menuisier, entré le 1^{er} octobre 1888, salle Vulpian, lit n° 20, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gaucher.

La mère de ce malade était dipsomane, son père alcoolique, un premier frère est mort épileptique ; un autre, exerçant la profession de boucher est mort d'une attaque chez un pharmacien où on l'avait transporté ; un troisième est mort poitrinaire et était, d'après le dire de notre malade excessivement nerveux ; et le dernier de la famille qui occupait l'emploi de chef de gare est tombé sur la voie à la suite d'un étourdissement et a été écrasé par une locomotive.

Cet homme a eu une fièvre muqueuse à l'âge de quatre ans, et il n'en a aucun souvenir. Durant son service militaire il contracte, à l'âge de vingt-deux ans, la syphilis, chancre sur le gland accompagné d'un bubon de l'aîne droite ; il avoue avoir eu des plaques muqueuses à la bouche et à l'anus et avoir perdu ses cheveux surtout sur les côtés. Ces accidents furent vite amendés par un traitement mercuriel qui dura quatre-vingt-dix jours, qu'il fit suivre d'un traitement de deux mois à l'iodure de potassium. Il n'a jamais eu depuis aucun accident et n'a recommencé aucun traitement. On ne trouve rien d'anor-

mal au cœur, et il n'existe aucun stigmate d'alcoolisme.

Le malade reconnaît être devenu depuis l'apparition de sa vérole d'une nervosité qu'il n'avait pas dans sa jeunesse. Un rien le met en colère et il ne peut, dit-il, se retenir.

Le 24 septembre 1888, il se trouvait en compagnie de son fils occupé à travailler au sixième étage d'une maison en construction. Par suite d'un faux pas, ce dernier tombe dans le vide et se tue sur le coup. A la vue de cette catastrophe, le père sent ses jambes se dérober sous lui et s'affaisse sans connaissance. Rapporté dans son logement il ne revient à lui qu'au bout de trois jours et ne se rappelle plus de rien.

A son réveil tout le côté gauche est paralysé, il éprouve en même temps une grande difficulté à parler et se plaint d'une céphalalgie occipitale très intense qui s'accompagne d'une constriction des muscles de la nuque.

Il rentre à l'hôpital le 1^{er} octobre. 4 jours plus tard, nous sommes appelé à suivre le service et prenons son observation que M. Gaucher nous conseille de publier. Assez de netteté et de précision dans ses réponses, il se plaint cependant de rêvasser. Sa démarche est mal assurée, il traîne la jambe gauche et la soulève avec difficulté. Lorsqu'il est étendu dans le lit, il est obligé de s'aider de la main pour la relever.

Il se plaint de contracture passagère de tous les extenseurs du gros orteil. Les réflexes tendineux sont exagérés, et les muscles répondent à l'excitation mécanique.

Pas de trépidation épileptoïde. Insensibilité presque absolue de la plante du pied gauche, alors qu'à droite la

réaction de cette même partie du membre est extrêmement vive.

La force du bras gauche est bien diminuée, et cependant le malade prétend avoir été toujours plus fort de ce côté : nous le prions de nous serrer la main, et c'est à peine si nous sentons son étreinte.

Les traits de la face sont flasques et bouffis, les yeux sont normaux, nous ne remarquons rien aux paupières.

La face n'a pas été atteinte de paralysie.

Anesthésie complète de la partie gauche du corps. Nous pouvons impunément pratiquer des piqûres au moyen d'une épingle.

La gustation semble abolie du côté gauche de la langue qui ne nous paraît pas déviée. Le malade avoue que lorsqu'il mange de ce côté, il croit mâcher du caoutchouc.

L'acuité visuelle est diminuée ; s'il ferme l'œil droit, il ne peut lire son journal, et voit tout trouble. Les objets, nous dit-il, me paraissent alors chevaucher les uns sur les autres.

L'ouïe du côté gauche est presque abolie, il n'entend même pas le tic-tac de la montre.

Le point sus-mammaire droit est très douloureux. Un léger attouchement provoque une sensation qui le fait tressaillir.

Le réflexe pharyngien n'existe plus du côté gauche.

L'application de l'aimant n'a pas produit de transfert.

Huit jours plus tard, nous l'examinons à nouveau. Notre malade marche assez facilement, il ne traîne pas la jambe, et la sensibilité semble être revenue dans toute la partie gauche du corps. Son anesthésie sensorielle a dis-

paru, il voit bien et entend le tic-tac de la montre. Le point sus-mammaire droit est toujours très douloureux.

Le diagnostic porté par M. le Dr Gaucher, a été : apoplexie hystérique ; et le traitement par l'aimant a été le seul ordonné.

Cette observation paraît intéressante par les particularités suivantes : Et, d'abord, l'amnésie complète de ce malade qui ne se rappelle plus rien de l'accident, l'absence de paralysie faciale, les troubles sensoriels, la zone sus-mammaire douloureuse. De plus, il présente une tare héréditaire ; il est fils d'alcoolique, sa mère était dipsomane, un frère était alcoolique.

OBSERVATION VI (personnelle)

Consultation du 3 août 1888 à l'hôpital Necker.

B... (Louis), 32 ans, exerçant la profession de tailleur.

Le malade déclare avoir contracté la syphilis à l'âge de 18 ans. Il a eu un chancre au gland accompagné de roséole et de plaques muqueuses. Il a suivi un traitement de trois mois, et n'a vu depuis apparaître aucun accident.

A l'examen, les seules traces que nous trouvons sont constituées par une pléiade inguinale assez marquée des deux côtés.

Pas d'antécédents héréditaires nerveux. Personnellement cet homme est très excitable, ses réponses sont brèves, saccadées, et il s'avoue très violent.

Il a eu une attaque quelques jours auparavant, et ne

se trouvant pas rétabli il est venu se présenter à la consultation.

Cette observation se trouve naturellement incomplète ; le malade que nous avons engagé à rentrer n'a pas voulu accéder à nos désirs.

Il nous raconte qu'à la suite de l'apparition de sa vérole il est devenu beaucoup plus nerveux qu'auparavant et beaucoup plus emporté.

Cinq jours avant notre examen, à la suite d'une contrariété avec un des siens, il s'est évanoui. A son réveil il s'est trouvé paralysé de tout le côté droit, mais, il nous déclare que la face était absolument intacte. Tout cela s'est un peu amélioré au bout de trois jours, et à la consultation, nous le trouvons dans l'état suivant :

Hémi-parésie du côté droit sans participation de la face. Le malade marche très difficilement et traîne la jambe droite. Nous le prions de nous serrer le poignet avec sa main droite et son étreinte est à peine sensible.

Hémianesthésie sensitive et sensorielle. Il est insensible aux piqûres dans toute la partie droite et la ligne de sensibilité suit exactement la ligne médiane du corps. Il n'a pas eu conscience d'une pression assez forte que nous avons exercé sur le testicule droit.

Le champ visuel grossièrement examiné est rétréci à droite. Amblyopie marquée.

Abolition du réflexe pharyngé du côté droit seulement ; la langue ne perçoit pas non plus les saveurs de ce même côté.

Sensation de boule hystérique.

Le malade avant la consultation n'avait vu aucun médecin et n'avait fait aucun traitement.

Nous avons à noter que l'attaque n'a pas été précédée de céphalalgie nocturne ni d'aucuns vestiges qui précèdent habituellement la syphilis cérébrale. Bien que l'examen ait été fait rapidement, il nous semble, étant donnés les symptômes hystériques que nous avons pu réunir, que cette hémiplégie rentre dans le cadre des hémiplégies hystériques. Il y a en effet, absence de la participation de la face, sensation de strangulation; abolition du réflexe pharyngé, production de l'attaque à la suite d'une contrariété. Il y a aussi à noter les modifications de caractère accusées par le malade.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'APOPLEXIE HYSTÉRIQUE ET DE L'HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE ;

Si dans les observations qui précèdent le diagnostic a été juste, et la valeur des maîtres qui l'ont porté, aussi bien que la netteté des symptômes sur lesquels il s'appuyait ne nous permettent pas de douter de son exactitude, il est légitime de reconnaître : 1° Que la syphilis, évoluant sur un terrain prédisposé, peut réveiller l'hystérie; 2° que cette hystérie, empruntant à la maladie infectieuse concomittante une de ses manifestations symptomatiques les plus fréquentes, se révèle sous forme d'apoplexie.

Nous avons essayé, dans la première partie de notre thèse de prouver le bien fondé de notre première conclusion; il nous reste maintenant à justifier la seconde. Le diagnostic apoplexie ne peut soulever aucune objection. « Que faut-il entendre par ce mot apoplexie? écrit Trousseau (1). Dans son acception étymologique, ce mot entraîne l'idée d'une affection dans laquelle, suivant l'image qu'en ont présentée les anciens, l'individu tombe frappé tout-à-coup, comme un bœuf assommé par la massue du boucher. *Apoplexia dicitur adesse quando*

1. Trousseau. *Clinique médicale*, Tome II, 7^e Edition, page 52.

« *repente actio quinque sensuum externorum, tum interno-*
« *rum, omnes que motus voluntarii abolentur, superstite*
« *pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magna,*
« *una cum imagine profundi perpetuique somni.* Et si à
« cette description rapide que Boerhaave trace des phé-
« nomènes apoplectiques, vous ajoutez ce qui est compris
« dans la définition donnée par Paul d'Egine, que cette
« perte du sentiment et de la sensibilité de toutes les
« parties du corps est produite par une affection du sen-
« sorium commune (*communi nervorum principio affecto*)
« vous saurez ce qu'il faut entendre par apoplexie ». Ren-
fermé dans les limites de cette interprétation, le terme
apoplexie est bien applicable à nos malades. Chez tous, la
perte du mouvement et du sentiment a été brusque, sou-
daine : l'un était à l'atelier, un autre se déshabillait pour
se coucher ; pour un troisième, c'est au milieu d'une dis-
pute qu'il est tombé sans connaissance.

La qualification hystérique peut-elle être contestée ? En
d'autres termes, quelle est la nature de cette apoplexie ?
Est-elle bien d'origine nerveuse, réellement hystérique
ou bien est-elle organique et directement rattachée à une
lésion cérébrale qui, dans l'espèce, serait de nature sy-
philitique ?

Il existe ici une question de doctrine à laquelle Debove
a, depuis deux ans, répondu. Y a-t-il une apoplexie
hystérique ? Un passage de Sydenham prouve bien qu'il
la connaissait : « *Quando que capitis arcem occupans,* dit-il
« en parlant de la névrose, *apoplexiam facit, quæ simi-*
« *liter hémiplegia solvitur, eam omnino referens apople-*
« *xiam, qua tum ætate, tum mole corporis grandiores side-*

« rantur (1) ». Mais on oublia cette remarque, et avec Rochoux (2), le mot apoplexie devint synonyme d'hémorrhagie cérébrale. Plus tard, il est vrai, Briquet (3) admit que de nombreuses erreurs avaient dû se commettre entre l'hémorrhagie cérébrale et l'attaque de coma hystérique suivie d'hémiplégie. Enfin, de nos jours, l'application des esthésiogènes à la thérapeutique des paralysies, et les guérisons ainsi obtenues dans certains cas d'apoplexies diagnostiquées organiques, les résultats négatifs d'autopsies au cours desquelles on s'attendait à trouver, d'après les symptômes observés sur le vivant, une lésion en foyer du côté opposé de l'encéphale, vinrent donner un regain d'actualité à l'ancienne opinion de Sydenham.

En 1882, Debove insista pour la première fois sur les accidents apoplectiformes apparaissant au cours de l'hystérie, et laissant à leur suite des hémiplégies et des hémianesthésies (4) ; mais il faut arriver jusqu'à sa dernière communication, en août 1886, pour voir l'apoplexie hystérique, définitivement nommée, prendre droit de cité dans la science. Depuis lors, un de ses élèves, le docteur Achard, a consacré à cette question un intéressant mémoire et publié une thèse dans laquelle il a définitivement établi, sur 35 observations, l'existence de l'apoplexie dans

1. Sydenham. *Opera medica*. Genevæ, 757, tome I, p. 257.

2. Rochoux. *Recherches sur l'apoplexie*. Paris, 1833.

3. Briquet. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris 1859.

4. Debove : Notes sur 2 nouveaux faits d'hémiplégie de la motilité et de la sensibilité ; guérison par une application d'aimants (*Archiv. de Neurologie*, 1881, tome I, p. 92).

l'hystérie essentielle aussi bien que dans l'hystérie toxique.

Actuellement la question de doctrine est donc jugée : il y a une apoplexie hystérique. Pourquoi maintenant se produit-elle dans certaines conditions et non dans d'autres ? Pourquoi, dans le cas particulier qui nous occupe chez les syphilitiques, l'hystérie, si mobile dans ses manifestations, débute-t-elle par une manifestation constante par l'apoplexie ? La loi de Charcot est-elle susceptible d'une explication ? Le syphilitique qui devient épileptique, ne tarde pas à devenir un cérébral, suivant l'expression de Fournier ? Ne peut-on pas se demander si le syphilitique, frappé d'apoplexie de par son hystérie, ne sera pas plus tard frappé d'apoplexie de par sa vérole et n'est-il pas permis de voir dans cette première attaque de nature névropathique, à lésion fugace, introuvable, l'indication d'une cause localisatrice, l'indice d'un lieu de moindre résistance ? Ce n'est là qu'une hypothèse et nous ne trouvons dans l'histoire de nos malades aucun fait qui lui soit ou favorable ou contraire. Quoiqu'il en soit, il n'en est pas moins démontré que l'apoplexie hystérique se rencontre dans la syphilis. C'est parfois chez des individus manifestement hystériques que surviennent les accidents ; d'autres fois l'apoplexie semble la première manifestation de la névrose et c'est dans les cas de ce genre que le diagnostic s'égare le plus aisément. Nous allons essayer de déterminer par quels moyens on peut arriver à l'établir.

Certes la chose n'est point facile. Le diagnostic différentiel complet comporterait la solution du problème sui-

vant, dont nous empruntons l'énoncé à une de nos observations : un ouvrier de 28 ans, dans son atelier même, en plein travail, tombe brusquement sans connaissance. Il revient à lui au bout d'un quart d'heure, et veut parler; mais il bredouille; il veut marcher, mais sa jambe droite ne peut le porter, et il s'affaisse; son bras droit est incapable de tout mouvement. Son œil droit est dévié en dehors et voit troublé; son oreille droite n'entend plus. On le pique, et il ne sent rien. Que signifient donc ces phénomènes? Quelle cause a déterminé une crise de ce genre?

La question ainsi posée embrasse toute l'étiologie de l'apoplexie, nous la ramènerons aux proportions suivantes : Voici deux malades couchés au voisinage l'un de l'autre dans une salle d'hôpital et présentant au même moment une crise apoplectiforme; tous deux sont syphilitiques. Mais tandis que l'un est frappé d'apoplexie de par une lésion syphilitique de son cerveau, l'autre qui est en même temps un hystérique est frappé d'apoplexie de par sa névrose. Or un médecin, ne connaissant en rien les antécédents, l'histoire de ces deux malades, se trouve là, à point nommé, pour assister à cette double scène; il voit les deux crises; il peut les comparer l'une à l'autre. Eh bien ! ce médecin, de par ce qu'il aura vu, constaté, pourra-t-il se faire une opinion? Pourra-t-il dire par exemple : Ceci, c'est de l'apoplexie syphilitique, cela c'est de l'apoplexie hystérique? Il est évident que de la découlent des indications thérapeutiques essentielles.

En règle générale, la confusion est possible, fréquente même, l'hystérie apoplectiforme n'offre aucun signe pro-

pre, pathognomonique, qui la différencie catégoriquement de l'attaque d'apoplexie par lésion cérébrale syphilitique. Grave ou légère, elle donne lieu aux mêmes troubles du mouvement et de la sensibilité; il n'est pas, en résumé, de symptôme qui ne puisse être commun à ces deux expressions identiques d'un trouble anatomique si différent: « Nous ne connaissons, disent Brissaud et Marie, « aucun caractère objectif qui permette de distinguer « avec certitude une hémiplegie organique d'une hémiplegie hystérique (1) ». Il faut bien cependant reconnaître que cette similitude parfaite qui rend toute distinction impossible n'est heureusement pas toujours réalisée: et quand on descend aux détails ou quand on envisage certains cas particuliers, on arrive à retrouver dans l'apoplexie d'origine hystérique quelques attributs qui sont de nature à éveiller les soupçons, quelquefois même à donner la certitude. C'est surtout dans les phénomènes constitutifs de la crise que nous étudierons ces particularités spéciales; parce que c'est loi qu'elles sont le plus importantes et le plus décisives; elles résident; 1° dans les caractères de l'hémianesthésie; 2° dans l'état de la face.

Dans l'attaque d'apoplexie hystérique, l'hémianesthésie est l'accident principal, la paralysie étant au contraire peu prononcée et réduite à l'état de simple parésie. Elle n'est plus, il est vrai, considérée comme l'apanage exclusif de l'hystérie: depuis les travaux de Turck, de Char-

1. Brissaud et Marie: *De la déviation faciale dans l'hémiplegie hystérique* (*Progrès médical*, 29 janvier et 12 février 1887, n° 5 et 7).

cot, de Veysière, Carville et Duret, l'hémianesthésie la cause cérébrale est entrée dans le domaine pathologique. Mais c'est de l'hystérie qu'elle relève le plus souvent et on peut bien dire qu'elle constitue à elle seule une forte présomption en faveur de la névrose. Il est tout d'abord un fait qu'il importe de mettre en relief, car il intéresse le diagnostic différentiel : c'est que l'hémianesthésie a besoin d'être cherchée : bien souvent, elle passe inaperçue aux yeux du malade, et Lasègue (1) a depuis longtemps signalé cette curieuse indifférence des hémianesthésiques pour les perversions les plus marquées de leur sensibilité. Or il semble que dans l'hémianesthésie de cause cérébrale la même insconscience n'existe pas (Burlureaux) (2), et bien que ce détail ne soit pas suffisant pour différencier l'anesthésie d'origine centrale de l'anesthésie hystérique, il n'est cependant pas négligeable. On cherchera donc l'hémianesthésie et il faut s'attendre à la rencontrer sous toutes ses formes. Elle sera généralisée, répandue sur toute une moitié du corps, ou partielle, c'est-à-dire qu'elle respectera certains segments des membres. Elle sera complète, occupant tous les plans anatomiques superposés ce qui est rare (Pitres) ou au contraire peu profonde, limitée à la peau, et c'est le cas habituel. Enfin elle sera atteinte dans tous ses modes, tact, température, électricité ou bien dans quelques-uns seulement. Les muqueuses pourront être aussi le siège d'anesthésies comparables à celle de la peau l'anesthésie du pharynx permettra d'enfoncer impunément

1. Lasègue. *Archives générales de médecine*, 1864.

2. Burlureaux. *Dictionnaire encycl. des sc. médic.* article : *hémianesthésie*, 4^e série, tome XIII, p. 181.

le doigt dans l'arrière-gorge des malades, et une tête d'épingle promenée sur la conjonctive fera constater cette insensibilité conjonctivale que Briquet regardait comme un signe caractéristique de l'hystérie. Les anesthésies sensorielles ne seront pas moins fréquentes et elles offriront parfois cette particularité importante, déjà plusieurs fois observée dans l'hystérie (Charcot (1), Achard (2), d'être croisées par rapport à l'anesthésie sensitive. Pour la vue, on observera la cécité complète ou ce qui est bien plus classique, l'amblyopie. La perception des couleurs sera abolie (achromatopsie) ou simplement diminuée (dyschromatopsie). Le rétrécissement concentrique du champ visuel est un bon signe d'hystérie. On notera aussi de l'affaiblissement de l'acuité visuelle, des troubles de l'accommodation, tels que la polyopie monoculaire (Parinaud); du côté de l'ouïe, il y aura dureté de l'oreille ou surdité absolue. De même les sensibilités olfactive et gustative (Pitres et Lichtwitz) seront frappées d'une anesthésie générale ou limitée, totale ou partielle (3).

Voilà, rapidement exposé, le tableau habituel de l'hémianesthésie hystérique, tel que nous l'avons fréquemment retrouvé chez nos malades; c'est aussi, il faut bien

1. Charcot : *Loc. cit.*

2. Achard : thèse citée, observation V.

3. On a dit que l'hémianesthésie hystérique a pour le côté gauche une prédilection qu'on n'observe pas dans l'hémianesthésie d'origine cérébrale. Cette assertion ne nous paraît pas fondée, sur 33 observations de la thèse d'Achard l'hémianesthésie siégeait seize fois à gauche, dix-sept fois à droite, sur nos quatre malades nous l'avons trouvée trois fois à droite, une fois à gauche.

l'avouer, celui de l'hémianesthésie d'origine cérébrale ; mais, limitée à l'apoplexie syphilitique, la comparaison est loin d'être aussi compromettante.

En effet, tandis que dans l'apoplexie hystérique l'hémianesthésie domine la scène, la motilité des parties insensibles étant en général peu atteinte, dans l'apoplexie syphilitique au contraire, un balancement s'opère au profit de l'hémiplégie motrice ; les troubles de la motilité passent au premier rang ; la sensibilité des parties paralysées n'est qu'engourdie, émoussée, presque jamais abolie. Il n'y a donc pas seulement entre l'hémianesthésie de l'hystérie et l'hémianesthésie de la syphilis disproportion de degré, mais encore et surtout inégalité de fréquence. Partielle ou totale, légère ou profonde, l'hémianesthésie existe toujours dans l'apoplexie hystérique, et s'il est vrai qu'on a pu, par suggestion, produire une hémiplégie sans hémianesthésie, il est vrai aussi qu'il n'existe jusqu'à ce jour aucun fait bien observé où ce résultat expérimental ait trouvé sa confirmation clinique. Dans l'hystérie apoplectiforme, troubles moteurs, et troubles sensitivo-sensoriels ne vont pas les uns sans les autres. Eh bien ! dans la syphilis, cette séparation est, on peut dire, la règle. Nous ne faisons nullement allusion ici à ces troubles variés de la sensibilité, analgésie simple, analgésie avec anesthésie, ou perte du sens musculaire, qui constituent, chez la femme surtout, une manifestation banale de la syphilis secondaire : car cette analgésie est symétrique, irrégulière dans sa distribution, sans prédilection aucune pour une moitié du corps (1). Il ne s'agit que de l'hémia-

1. Fournier. *Annales de dermatologie*. Tome I, 1869 et Moustà-

nesthésie vraie, dans ses rapports avec l'hémiplégie motrice d'origine syphilitique. Or cette hémianesthésie est une rareté, et tout en rappelant le cas exceptionnel rapporté par Fournier d'une femme chez laquelle l'hémiplégie syphilitique se compliquait d'une hémianesthésie complète, intéressant à la fois la sensibilité générale et les sens spéciaux, nous concluons avec le professeur de Saint-Louis (1) : « 1° Le fait le plus habituel dans l'hémi-
« plégie syphilitique est que la sensibilité reste absolument
« indemne ; 2° cependant il existe un certain nombre de
« cas dans lesquels les troubles moteurs se compliquent
« d'une atteinte variable portée à la sensibilité des par-
« ties affectées ; 3° dans les cas de ce genre, la sensibilité
« n'est presque toujours affectée qu'à un faible degré,
« c'est-à-dire engourdie, émoussée, sans être abolie,
« éteinte complètement. »

L'état de la face mérite aussi de nous arrêter un instant, car son étude permet, dans bien des cas, d'arriver à résoudre définitivement la question : C'est pour le dire tout de suite, à la paralysie faciale qu'il appartient de trancher le débat. Revenons à nos deux malades, tous deux hémiplégiques et hémianesthésiques, et regardons la face de l'un et de l'autre. Au premier abord, on ne saisit pas la différence ; chez l'un et chez l'autre, le côté correspondant à la paralysie des membres paraît flasque et sans expression ; chez tous deux, l'orbiculaire des pau-

pha Faïd : *Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique*. (thèse Paris, 1870).

1. Fournier. *Syphilis du cerveau* (1879, p. 446 et 447).

pières paraît indemne ; mais la bouche est tirillée du côté sain ; ils ne peuvent siffler ni l'un ni l'autre : quand ils soufflent, ils fument la pipe ; et s'ils tirent la langue, la pointe en est, dans les deux cas, le siège d'une déviation notable. Mais si on analyse minutieusement tous les détails du tableau, on ne tarde pas à découvrir des dissemblances, et c'est surtout sur les points suivants que porte la distinction :

Chez le premier malade, hémiplegique de par sa syphilis, le côté de la face correspondant à l'hémiplegie des membres est bien paralysée ; quand il veut parler ou rire, l'autre moitié seule prend part au mouvement ; à chaque inspiration, sa narine paralysée reste appliquée sur la cloison médiane ; quand il souffle, l'air expiré soulève comme un voile inerte la joue correspondante et sort bruyamment par la moitié de la bouche qui est située du côté de la paralysie. Enfin les muscles sains, ne se trouvant plus compensés, attirent à eux la moitié du visage frappé d'inertie et engendrent ainsi, par une action toute passive, cette déviation typique de la paralysie faciale.

Chez le second malade, hémiplegique de par son hystérie, la moitié de la face d'apparence paralytique offre encore quelques rides, et sous l'influence de la volonté, quelques mouvements peuvent s'y produire ; la narine conserve ses mouvements inspiratoires normaux ; quand le malade souffle, l'issue de l'air soulève à peine la joue que l'on croyait inerte, et loin de sortir par la moitié attenante de l'orifice buccal, s'échappe au contraire par la moitié supposée saine. Enfin il est facile de s'apercevoir que la déviation est due, non pas comme dans le pre-

mier cas, au défaut d'antagonismes entre les muscles symétriques, mais bien à un état spasmodique de la musculature du côté supposé indemne. Cette contraction spasmodique est telle qu'elle domine la scène ; elle donne à la bouche sa déformation ; la lèvre supérieure est fortement attirée en haut ; parfois, c'est sur la lèvre inférieure que la traction s'opère. Tout ce côté contracturé est animé de petites secousses musculaires rythmiques, intermittentes, qui entr'ouvrent la bouche par saccades.

Enfin la déviation de la langue est caractéristique ; tandis que, chez le premier malade, elle est facilement projetée au dehors et légèrement diviée du côté paralysé (action des muscles génioglosses) ; chez le second elle franchit péniblement les arcades dentaires derrière lesquelles elle vient parfois s'archouter sans parvenir à les dépasser ; si elle sort, elle est violemment attirée vers la commissure, contracturée, recourbée en crochet, coudée en son milieu ; c'est une déviation excessive, convulsive en quelque sorte. Il peut même arriver (1) que le spasme et l'anesthésie se superposent, et tandis qu'il n'existe chez le malade qu'une hémianesthésie générale, sa langue est anesthésiée en totalité.

Ainsi accusées, les différences que nous venons de décrire chez chacun de nos malades doivent suffire à lever tous les doutes : l'un a une paralysie faciale, l'autre a de l'hémispasme glosso-labié ; l'hémiplégie du premier est une hémiplégie vulgaire, capsulaire ; l'hémiplégie du se-

1. Gilles de la Tourette. *Sur la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes hystériques des muscles de la face et du cou*. Mémoire cité par Belin (thèse de Paris, 1888).

cond est une hémiplégie hystérique. La paralysie faciale ne peut-elle donc exister dans l'hémiplégie hystérique ? Non, avaient répondu Todd, et après lui Althaus, Hasse, Weir Mitchell. Telle est aussi depuis vingt ans l'opinion du professeur Charcot. Plusieurs auteurs, Lebreton, Hélot, et plus récemment Buzzard, Kalkroff, Sellignüller, ont, il est vrai, signalé dans l'hémiplégie hystérique une déviation de la face et de la langue. Observateurs moins attentifs que Brodie, ils auraient probablement attribué à la paralysie une déformation qui n'était que spasmodique. La paralysie faciale exclut l'hystérie, a dit M. le professeur Charcot (1) et il ajoute : « Tant qu'on ne m'aura pas démontré que les prétendues paralysies faciales des hystériques ne sont pas des hémispasmes, je persisterai dans ma négation, prêt à me rendre toutefois pour le cas où la paralysie faciale, dont pour le moment je conteste l'existence dans l'hystérie, deviendrait bien et dûment démontrée (1).

Nous n'ajouterons qu'une remarque : dans certains cas le spasme glossé-labé n'atteint pas les proportions considérables que nous lui avons assignées dans notre description ; témoin l'observation VI de la thèse de Belin ; il est alors nécessaire de le rechercher et le diagnostic en devient plus délicat. De plus il n'est pas nécessairement

1. Charcot. *Semaine médicale*. 2 février 1887, n° 5 et polyclinique du mardi à la Salpêtrière. Année 1888, p. 288, 483, 586.

2. *Sur l'hémispasme glosso-labé des hystériques*. Consulter : Brissaud et Marie. *Progrès médical*, 1887, n° 5 et 7 et Belin (Thèse de Paris du 5 décembre 1888).

associé à une hémiplégie hystérique ; et de même qu'il peut exister sans elle, l'hémiplégie hystérique de son côté peut exister sans lui. Autre objection : Une hémiplégie hystérique vraie peut-elle coïncider avec une paralysie faciale surajoutée, c'est-à-dire reconnaissant une autre cause que l'hystérie ? A notre point de vue particulier, un hystéro-syphilitique, frappé d'hémiplégie hystérique, ne peut-il présenter une paralysie faciale due, par exemple, à la compression du nerf par une exostose syphilitique de l'aqueduc de Fallope comme dans un cas de Cruveilhier ? Enfin les allures mêmes de l'hémiplégie syphilitique viennent encore accroître la difficulté « l'hémiplégie de la syphilis, dit Fournier, est souvent, très souvent, une hémiplégie partielle » et une des portions du corps qu'elle respecte le plus souvent (1), c'est précisément la face.

En résumé de deux des malades hémiplegiques et hémianesthésiques, celui qui a de l'hémispasme glosso-labié est simplement hystérique ; celui qui a de la paralysie faciale a beaucoup de chances pour ne pas l'être ; mais la déformation paralytique peut manquer chez l'un, aussi bien que chez l'autre la déformation spasmodique, et comme, si la présence de ces symptômes est pathognomonique, leur absence ne possède pas de signification positive, dans ce dernier cas, et il est fréquent, le diagnostic reprend toute son incertitude.

Les considérations que nous venons de développer au double point de vue de l'hémianesthésie et de la paralysie faciale dans les hémiplegies relevant de la syphilis ou

1. Fournier. *Syphilis du cerveau*, p. 443.

de l'hystérie prouvent ce nous semble, que la comparaison basée sur ces deux ordres de symptômes n'est pas toujours suffisante pour rendre évidente la nature de l'apoplexie qu'on a sous les yeux. C'est-à-dire que, si sous le rappprt du diagnostic différentiel les données fournies par ce double examen ont une importance prépondérante, les signes que nous avons passés sous silence ne sont pas pour cela négligeables ; et il nous suffira de les énumérer pour faire ressortir qu'ils peuvent souvent concourir au jugement que l'on doit porter.

Le début de l'attaque devra être soigneusement recherché ; dans l'apoplexie hystérique, et le terme seul d'apoplexie l'indique, la brusquerie sera manifeste ; à peine quelques indices prémonitoires ; un malaise général dans la journée même, parfois une céphalée peu intense ; dans toutes nos observations la soudaineté est frappante. Un serrurier tombe dans son atelier ; un maçon sur son échafaudage. L'accident peut survenir après une émotion violente, une fatigue, un traumatisme ; quelquefois, sans cause appréciable. L'hémiplégie syphilitique au contraire, et c'est là le fait usuel, est précédée de troubles divers, qui lui servent d'avant coureurs ; elle a des prodromes. C'est une céphalée de longue date, toujours intense parfois d'une violence extraordinaire, à exacerbation nocturne, et rebelle à tout médicament antinerveux ; ce sont des troubles digestifs, très communs aussi, vertiges, étourdissements se répétant à intervalles variables ; parmi ces signes prémonitoires encore, on découvrira souvent des troubles de la motilité, faiblesses passagères, engourdissements plus ou moins étendus, trémulations

vagues d'une partie du corps, embarras de la langue ; puis enfin des troubles divers de la sensibilité générale, fourmillements, sensations de froid, quelquefois même hyperesthésie transitoire. Voilà comment s'annonce le plus souvent l'hémiplégie syphilitique.

De plus, l'accès lui-même, n'est pas d'habitude soudain, comme celui de l'hystérie. L'ictus apoplectique est un mode d'invasion rare, dans la syphilis cérébrale ; il est « exceptionnel », dit Fournier ; alors même qu'il se produit, il y a conservation de la connaissance ; le malade assiste conscient à son attaque. Mais le propre de l'hémiplégie syphilitique, c'est d'être progressive, de s'établir lentement comme étendue et comme intensité des troubles paralytiques, si lentement même que chez certains malades elle exige plusieurs semaines (Fournier) pour parvenir à son complet développement.

Voilà comment, dans bien des cas, s'annoncent et s'installent les hémiplégies de l'hystérie et de la syphilis. L'attaque une fois constituée, nous en avons détaillé les principaux phénomènes : l'hémianesthésie, l'état de la face. Nous rappellerons encore, chez l'hystérique, la distribution spéciale, typique quand on l'observe, mais non constante, de l'abolition sensitive occupant les deux membres, laissant intacts le thorax, l'abdomen, les organes génito-externes en avant, et en arrière le dos, les lombes et un triangle à base supérieure, correspondant par son sommet à la crête sacrée. Signalons encore la localisation de la paralysie, et surtout la démarche spéciale à chacun des malades, l'un, le paralytique vrai, soulevant sa jambe, mais fauchant à chaque pas ; l'autre, l'hystéri-

que, la traînant avec peine, avançant toujours la jambe saine, de même qu'un enfant, suivant la comparaison de Brissaud et Marie, monte un escalier en portant toujours la même jambe en avant. Parmi les symptômes associés, la coïncidence de paralysies oculaires, coïncidence fréquente, plaidera en faveur de l'hémiplégie de la vérole. Nous ne ferons que mentionner l'étude des réflexes, préconisée par certains auteurs, réflexes tendineux, réflexes cutanés (Rosenbach), réflexes pharyngiens, dont on ne peut attendre le plus souvent aucune révélation bien positive.

En résumé, dans la période prémonitoire, ou dans la période d'état, la recherche d'un signe pathognomonique sera souvent superflue et le traitement institué devra traduire les inexactitudes du diagnostic; il s'adressera à la syphilis et à l'hystérie. Des faits se sont rencontrés cependant, et nous en rapportons quelques-uns, dans lesquels l'origine de l'apoplexie a paru assez certaine pour qu'on se soit cru autorisé, malgré l'existence reconnue d'antécédents syphilitiques, à ne traiter que l'hystérie. Le diagnostic a trouvé dans le succès thérapeutique une éclatante confirmation. L'emploi des agents esthésiogènes, à l'exclusion de tout traitement spécifique, a produit une guérison rapide, tout au moins une amélioration non douteuse. Dans les mêmes conditions, c'est-à-dire dans l'apoplexie hystérique survenant chez des syphilitiques, le mercure et l'iodure de potassium auraient-ils été capables d'aboutir à un pareil résultat? Certains auteurs paraissent ne pas en douter. La manière dont nous avons compris le rapport étiologique existant entre la syphilis

et la névrose ne nous permet pas de partager cette opinion. La syphilis ne crée pas l'hystérie; elle la réveille; elle prépare le terrain; elle ne fournit pas la graine. Reconnaître au traitement spécifique une influence curative sur l'hystérie, serait attribuer à celle-ci une nature spécifique, et c'est ce qui n'est pas. La syphilis engendre l'hémiplégie par une lésion syphilitique, scléreuse ou gommeuse survenue dans le parenchyme cérébral; c'est une action directe. Contre cette hémiplégie le traitement de la syphilis est d'une efficacité incontestable. Mais, la lésion syphilitique peut comprimer un vaisseau, ou en amener la rupture; il y a ramollissement cérébral ou hémorrhagie cérébrale, hémiplégie par action indirecte; contre une telle hémiplégie le traitement de la syphilis produira-t-il ses heureux effets? En bien nous pensons qu'il en est de même pour l'hystérie; entre elle et la vérole, il n'existe qu'une action indirecte, médiate, et voilà pourquoi nous croyons que dans les manifestations nettement caractéristiques de l'une ou de l'autre, le même traitement ne saurait entraîner les mêmes résultats. La conséquence de tout ceci est que le traitement seul autorise un diagnostic formel, et comme déduction pratique, il est naturel d'affirmer qu'on devra, en présence du plus léger doute, faire bénéficier le malade de la thérapeutique spéciale applicable à chacune des deux affections dont il présente tous les symptômes.

CONCLUSIONS

De l'étude de nos observations et des commentaires qu'elles nous ont suggérés se dégagent les conclusions suivantes :

1° La syphilis joue un rôle dans la production de l'hystérie, soit comme cause adjuvante dans les cas de prédisposition héréditaire (hérédité similaire, hérédité névropathique générale, hérédité diathésique), soit comme cause déterminante en créant les conditions nécessaires au développement de la névrose.

2° L'hystérie ainsi développée revêt fréquemment et d'emblée la forme apoplectique.

3° Le diagnostic différentiel entre l'apoplexie hystérique et l'apoplexie syphilitique, toujours difficile, parfois impossible, aura surtout pour base : les caractères de l'hémianesthésie, l'étude de la face (paralysie faciale ou hémispasme glosso-labié), les effets du traitement (agents esthésiogènes, Traitement spécifique).

Vu par le Président de la thèse,
CHARCOT.

Vu par le Doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

Préface.	5
------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — Intoxication et Hystérie.	7
CHAPITRE II. — Syphilis et Hystérie.	18

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I. — Apoplexie hystérique dans la Syphilis.	30
OBSERVATIONS.	33
CHAPITRE II. — Diagnostic différentiel de l'apoplexie hystérique et de l'hémiplégie syphilitique.	56
CONCLUSIONS.	74
